

**LEMBAGA MAKANAN RAKYAT DALAM UPAYANYA MENYADARKAN
GIZI MASYARAKAT INDONESIA TAHUN 1950-1960**

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Pendidikan
Strata 1 (S1) Pada Program Studi Pendidikan Sejarah*



Oleh:

Mesy Afrilia

14046095/2014

JURUSAN SEJARAH

FAKULTAS ILMU SOSIAL

UNIVERSITAS NEGERI PADANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI

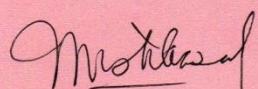
LEMBAGA MAKANAN RAKYAT DALAM UPAYANYA
MENYADARKAN GIZI MASYARAKAT INDONESIA TAHUN 1950-1960

Nama : Mesy Afrilia
NIM/BP : 14046095/2014
Program Studi : Pendidikan Sejarah
Jurusan : Sejarah
Fakultas : Ilmu Sosial

Padang, 6 Agustus 2018

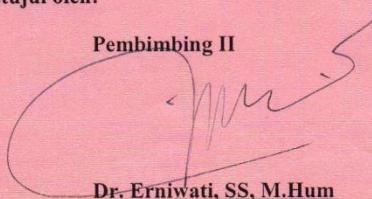
Disetujui oleh:

Pembimbing I



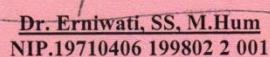
Prof. Dr. Mestika Zed, M.A
NIP.19550919 198203 1 003

Pembimbing II



Dr. Erniwati, SS, M.Hum
NIP.19710406 199802 2 001

Ketua Jurusan Sejarah



Dr. Erniwati, SS, M.Hum
NIP.19710406 199802 2 001

HALAMAN PENGESAHAN LULUS UJIAN SKRIPSI

Dinyatakan Lulus Setelah dipertahankan di Depan Tim Penguji Skripsi
Jurusan Sejarah Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang
Pada Hari Senin, 6 Agustus 2018

**LEMBAGA MAKANAN RAKYAT DALAM UPAYANYA
MENYADARKAN GIZI MASYARAKAT INDONESIA TAHUN 1950-1960**

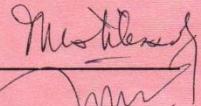
Nama : Mesy Afrilia
NIM/BP : 14046095/2014
Program Studi : Pendidikan Sejarah
Jurusan : Sejarah
Fakultas : Ilmu Sosial

Padang, 6 Agustus 2018

Tim Penguji

Tanda Tangan

Ketua : Prof. Dr. Mestika Zed, M.A

1. 

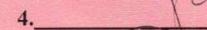
Sekretaris : Dr. Erniwati, SS, M.Hum

2. 

Anggota : 1. Hendra Naldi, SS, M.Hum

3. 

2. Azmi Fitrisia, M.Hum, P.hD

4. 

3. Drs. Etmi Hardi, M.Hum

5. 

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mesy Afrilia
NIM/BP : 14046095/2014
Program Studi : Pendidikan Sejarah
Jurusan : Sejarah
Fakultas : Ilmu Sosial

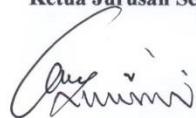
Dengan ini menyatakan, bahwa skripsi saya dengan judul **“Lembaga Makanan Rakyat dalam Upayanya Menyadarkan Gizi Masyarakat Indonesia tahun 1950-1960”**. Adalah benar merupakan hasil karya saya dan bukan merupakan plagiat dari karya orang lain. Apabila suatu saat terbukti saya melakukan plagiat maka saya bersedia diproses dan menerima sanksi akademis maupun hukum sesuai dengan syarat hukum dan ketentuan yang berlaku, baik di instansi UNP maupun di masyarakat dan Negara.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan kesadaran dan rasa tanggung jawab sebagai anggota masyarakat ilmiah.

Padang, 6 Agustus 2018

Diketahui Oleh:

Ketua Jurusan Sejarah



Dr. Ofianto, M. Pd
NIP.19821020 200604 1 002

Saya yang menyatakan,


6000
ENAM RIBU RUPIAH

Mesy Afrilia
NIM.14046095

ABSTRAK

Mesy Afrilia. (14046095/2014) : Lembaga Makanan Rakyat Dalam Upayanya Menyadarkan Gizi Masyarakat Indonesia tahun 1950-1960, **Skripsi**, Jurusan Sejarah, Fakultas Ilmu Sosial.Universitas Negeri Padang. 2018.

Skripsi ini merupakan kajian sejarah Lembaga yang membahas tentang upayanya memperbaiki gizi masyarakat Indonesia setelah penjajahan. Fokus kajiannya adalah memaparkan bagaimana peran serta kerja pemerintah Indonesia masa awal kemerdekaan dalam menangani permasalahan gizi dengan dibentuknya Lembaga Makanan Rakyat (LMR) tahun 1950. Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah memberikan gambaran bagaimana kondisi pangan yang sangat mempengaruhi gizi masyarakat sebelum kemerdekaan dan sesudah kemerdekaan Indonesia serta usaha pemerintah Indonesia dalam menyadarkan gizi masyarakat Indonesia.

Penelitian ini merupakan penelitian kepustakaan, dimana peneliti membatasi diri pada bahan-bahan koleksi dari perpustakaan saja tanpa melakukan riset ke lapangan (wawancara).

Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini bahwa kondisi gizi dan kesehatan masyarakat Indonesia sebelum merdeka sangat terbelakang, hal ini dipengaruhi oleh penjajahan dan penindasan yang berlangsung lama, selain itu pula keterbatasan pangan mengakibatkan kesengsaraan masyarakat yaitu kurangnya mengkonsumsi makanan bergizi yang mengakibatkan penyakit beri-beri, kwashiorkor, busung lapar, hingga kematian. Lembaga Makanan Rakyat merupakan lembaga nasionalisasi dari *Instituut voor Voksvoeding* pada masa Hindia Belanda yang kemudian di hidupkan kembali setelah Indonesia merdeka. LMR melakukan upaya menyadarkan gizi masyarakat Indonesia dengan melakukan penelitian gizi, penyuluhan serta pendidikan agar masyarakat Indonesia bisa lebih *nutrition minded*. Pedoman Empat Sehat Lima Sempurna diciptakan oleh LMR sebagai propaganda makanan sehat masa itu. Susunan makanan untuk membentuk gizi yang baik adalah makanan rakyat yang murah dan mudah dibuat dan dijumpai. Sepanjang tahun 1958-1960 terjadi kenaikan konsumsi pangan. Dapat dikatakan kenaikan ini adalah hasil kerja LMR yang berhasil menyadarkan gizi masyarakat Indonesia.

Kata Kunci: *Lembaga Makanan Rakyat, Pangan, Gizi, Kesehatan*

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis ucapkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, nikmat beserta karunia sehingga memberikan kekuatan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini dengan judul **Lembaga Makanan Rakyat dalam Upayanya Menyadarkan Gizi Masyarakat Indonesia pada taun 1950-1960**. Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan (S.Pd) pada jurusan Sejarah, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Padang.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis telah banyak mendapat bantuan dan dorongan baik moril maupun materil dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Erniwati, S.S, M.Hum selaku Ketua Jurusan Pendidikan Sejarah Universitas Negeri Padang.
2. Bapak Prof. Dr. Mestika Zed, M.A selaku pembimbing I dan Ibuk Dr. Erniwati, S.S, M.Hum selaku pembimbing II yang penuh perhatian dan kesabaran dalam membimbing penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Staf dosen serta karyawan/ karyawati jurusan Sejarah yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

4. Terima kasih yang tak terhingga kepada orang tua tercinta yang telah banyak memberikan bantuan moril maupun materil beserta do'a dalam menyelesaikan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan tepat waktu.
5. Kepada abang-abang, kakak-kakak, serta rekan-rekan seperjuangan di jurusan Sejarah Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang dan semua pihak yang telah memberikan dorongan dan partisipasi dalam penyelesaian skripsi ini.
6. My supporting system tersayang, Ayu Tri Wahyuni Syarif, Maya Mustika Apriani, Sonia Lavenia, Siska Permata Sari, Iin Sorita (**Calon Istri Idaman**). Terimakasih atas do'a, dukungan serta motivasinya selama empat tahun ini. #mysquadisbetterthanyours!!!
7. Kepada Abdurrahman Gaffar. Thank you for your time and care, thank you for always making life easier for me, thank you for being in my life. You deserve a thank you note not just for this special presents but for all little things you do every day to put a smile on my face

Semoga bantuan, bimbingan dan petunjuk yang bapak/ ibu serta rekan-rekan berikan menjadi amal shaleh dan mendapatkan balasan berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa hasil ini masih banyak terdapat kekurangan dan ketidak sempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan masukan yang membangun demi kesempurnaan penulis ini. Terakhir harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Padang, 6 Agustus 2018

Penulis

Daftar isi

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
DAFTAR ISTILAH	x
BAB 1 Pendahuluan.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah dan Batasan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Manfaat akademis.....	6
2. Manfaat praktis.....	6
E. Tinjauan Kepustakaan	6
1. Studi relevan.....	6
2. Kerangka konseptual	8
F. Metode Penelitian.....	11
BAB II Kesehatan Masyarakat Sebelum Kemerdekaan	14
A. Periode Kolonial.....	15
1. Dinas Kesehatan Militer dan Sipil	17
2. Pendidikan Kesehatan.....	20
3. Usaha Pemberantasan Penyakit Endemik	21
1. Usaha kuratif.....	21
2. Usaha preventif	22
4. Instituut voor Volksvoeding (IVV) (1934-1939)	23

B. Masa Pendudukan Jepang.....	28
C. Periode Awal Kemerdekaan (1945-1950)	35
BAB III Usaha LMR dalam Menyadarkan Gizi Masyarakat Indonesia (1950-1960)	43
A. Masalah Pangan dan Gizi	44
B. Lembaga Makanan Rakyat (LMR)	53
1. Penelitian Gizi	56
2. Penyuluhan Gizi dan Penerangan Gizi kepada Masyarakat.....	60
3. Kader Gizi	63
a) Ahli Diit/ Akademi Pendidikan Nutrisionis	64
b) Sekolah juru Penerangan Makanan.....	65
c) Sekolah Menengah Kesehatan Atas Jurusan Ahli Gizi.....	68
4. Propaganda Empat Sehat Lima Sempurna.....	68
BAB IV Kesimpulan.....	76
KEPUSTAKAAN	81
Lampiran-lampiran	85

Daftar Tabel

1. Tabel 1, Kelaparan di Indonesia yang dilaporkan surat-surat kabar lokal dan asing, 1950-1960	46
2. Tabel 2, Kebutuhan zat-zat makanan sehari, dianjurkan oleh LMR	49
3. Tabel 3, Gejala-gejala gizi Buruk	52

DAFTAR GRAFIK

1. Grafik 1, Asuan Kalori di Jawa, 1945-1950	41
2. Produksi Makanan Pokok di Jawa 1946-1965	45
3. Persediaan dan konsumsi netto bahan makanan di seluruh Indonesia, 1950-1960	74

Daftar Singkatan

1. IOVV : *Instituut voor Onderzoek der Volksvoeding*
2. IVV : *Instituut voor Volksvoeding*
3. LMR : Lembaga Makanan Rakyat
4. MGD : *Militair Geneeskundige Dienst* (Dinas Kesehatan Militer)
5. BGD : *Burgelikje Geneeskundige Dienst* (Dinas Kesehatan Sipil)
6. STOVIA : *School tot Opleiding van Inlandsch Artsen*
7. NIAS : *Nederlandsch Indische Artsen School*
8. MULO : *Meer Uitgerbriet Lager Onderwijs*
9. SKZ : *Syukuryoo Kanri Zimusho*
10. BSDK : *Beikoku Sho Dogyo Kumiai*
11. VMF : *Dutch formed the Voedingsmiddelenfonds*

Daftar Istilah

- | | |
|---|--|
| 1. Penyakit endemic | : Gejala yang unik di suatu geografis tertentu. |
| 2. Mortalitas | : Angka kematian. |
| 3. La Richessnaturalle | : Pengembangan Sumber Daya Alam. |
| 4. La Richevace | : Kesejahteraan Penduduk. |
| 5. Lembaga Eijkman | : Lembaga Kesehatan masa Hindia Belanda. |
| 6. Romusha | : Kerja paksa masa pendudukan Jepang. |
| 7. Eisekyoku | : Dinas Kesehatan masa pendudukan Jepang. |
| 8. Naimubu | : Departement dalam negeri. |
| 9. Guneseikanbu | : Kantor Kepala Pemerintahan Militer. |
| 10. Indolensi | : Sifat pemalas. |
| 11. Departement van Gezonheid
Belanda. | : Kementerian Kesehatan Pemerintahan Hindia Belanda. |
| 12. Malnutrition | : Gizi salah. |
| 13. Kwasiokor | : Gizi yang sangat buruk. |
| 14. Nutrition minded | : Masyarakat paham mengenai gi |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada awal kemerdekaan, kondisi gizi masyarakat Indonesia dapat dikatakan kurang baik, kondisi masyarakat masih sangat memprihatinkan¹. Pada masa itu permasalahan kesehatan yang cukup menonjol selain penyakit adalah gizi buruk. Permasalahan kesehatan yang sedang dihadapi pemerintah adalah penyakit menular seperti cacar, framboesia, pes, malaria, kusta, kelamin, tuberculosis termasuk pula masalah kwasiokor/ kekurangan gizi yang berat. Penyebab dari penyakit dan masalah gizi tersebut adalah karena kondisi rakyat yang masih sering mengalami kelaparan ditambah lagi dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk Indonesia namun malah semakin menurunnya jumlah produksi beras. Menurunnya jumlah produksi beras menyebabkan kenaikan harga beras secara besar-besaran dimana-mana, hal tersebut juga semakin memperparah kondisi gizi rakyat. Sebagian rakyat hanya mengkonsumsi bonggol pisang karena kondisi rakyat sebagian besar masih berada dibawah garis kemiskinan.² Hal-hal diatas tersebut cukup mendeskripsikan bagaimana kondisi kesehatan dan gizi masyarakat Indonesia yang sangat terbelakang pasca kemerdekaan. Sedangkan upaya yang dilakukan oleh pemerintah dalam memberantas permasalahan kesehatan tersebut adalah dengan melakukan penyuluhan

¹Diambil dari blog Resmi Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta: <https://dinkes.jakarta.go.id/berita/sejarah-peringatan-hari-gizi-nasional-di-Indonesia/> , (akses pada 18 November 2017, pukul 15:21).

²Djamaluddin Malik Concern, *Alamanak Pertanian 1953*, (Jakarta: Prapatan 56, 1953), hlm 30.

kesehatan, perbaikan gizi dan kesehatan ibu dan anak, salah satunya adalah dengan membentuk Lembaga Makanan Rakyat (LMR)³.

Lembaga Makanan Rakyat (LMR) adalah lembaga nasionalisasi dari *Institut Voor Voksvoeding (IVV)*. LMR diarahkan kepada persoalan perbaikan konsumsi rakyat dan perbaikan gizi rakyat. Dalam melaksanakan tugasnya untuk memperbaiki gizi rakyat Indonesia, LMR tidak melakukan usaha untuk memperkenalkan makanan-makanan baru yang masih asing bagi rakyat, tetapi memilih sebaik mungkin makanan yang bahan-bahannya sangat mudah ditemukan dan dapat diolah di Indonesia atau yang biasa dikenal dengan makanan rakyat. Sama seperti halnya para *gastronom*⁴ Indonesia yang pada masa awal kemerdekaan lebih menekankan rakyat Indonesia untuk mengkonsumsi masakan asli daerah masing-masing atau makanan lokal dan mengubur segala kemewahan makanan dalam gaya hidup kolonial.⁵

Pada tahun 1950 Bapak Gizi Indonesia, Prof. DR. Poerwo Soedarmo diangkat oleh Menteri Kesehatan yang pada saat itu adalah dr. J. Leimena untuk mengepalai Lembaga Makanan Rakyat (LMR).⁶ Kegiatan yang dilakukan oleh LMR adalah memberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi bagi tubuh dan kesehatan, selain

³Baha'Uddin, "Politik Kesehatan Masyarakat di Indonesia Pasca Kemerdekaan", *Jurnal: Lembaran Sejarah*. Vol. 1, No. 2.1997/1998, hlm 6.

⁴ Gastronomi atau tata boga adalah seni, atau ilmu akan makanan yang baik (good eating). Atau penjelasan lainnya adalah studi mengenai hubungan antara budaya dan makanan. Gastronomi mempelajari berbagai komponen budaya dengan makanan sebagai pusatnya (seni kuliner).

⁵Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara: Sejarah Makanan Rakyat*, (Jakarta: Gramedia, 2016), hlm. 241.

⁶Diambil dari: www.depkes.go.id/development/site/jkn/index=print&cid=16032600003&id=bangsa-sehat-berprestasi-melalui-percepatan-perbaikan-gizi-pada-1000-hari-pertama-kehidupan, (Diakses pada: Sabtu, 3 Juni 2017, jam 18.00).

itu mereka juga melakukan penelitian terhadap pola makan dan penyakit yang berhubungan dengan makanan pada masyarakat. LMR memberikan penerangan kepada masyarakat agar dapat mengkonsumsi makanan yang dinilai Soedarmo bermanfaat bagi tubuh dan kesehatan. LMR menganjurkan kepada masyarakat untuk dapat memilih sebaik mungkin bahan-bahan makanan yang telah dikenal dan telah ada di bumi Indonesia.⁷

Kondisi gizi rakyat yang buruk bahkan sangat buruk itu disebut oleh Poerwo Soedarmo sebagai golongan “tidak sakit, tetapi juga tidak sehat”⁸. Kondisi masyarakat yang seperti ini membuat Poerwo Soedarmo menjadi lebih giat lagi dalam menjalankan tugasnya sebagai kepala LMR saat itu. Tugas kerja LMR masa Soedarmo yaitu memperbaiki konsumsi masyarakat Indonesia, melakukan penelitian-penelitian gizi, membentuk kader gizi, dan juga menciptakan slogan “empat sehat lima sempurna”. Kegiatan-kegiatan tersebut adalah untuk melancarkan gerakan sadar gizi.⁹

Semboyan Empat Sehat Lima Sempurna yang diciptakan oleh Poerwo Soedarmo pada tahun 1950 adalah standar menyusun hidangan ideal bagi orang-orang Indonesia. Pola menu empat sehat lima sempurna digali dari pola menu yang pada sebelumnya sudah dikenal oleh masyarakat di seluruh tanah air. Pada umumnya menu di Indonesia terdiri atas makanan yang memberi rasa kenyang seperti nasi, kemudian

⁷Op Cit, hlm. 244.

⁸ Bambang Hartanto, *Promosi Kesehatan: Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*. (Jakarta: Rineka Cipta, 2011), hlm.18-19.

⁹ Sunita Almatsier, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, (Jakarta: PT. Gramedia, 2004), hlm. 286-307.

lauk pauk yang memberi rasa nikmat seperti lauk hewani dan lauk nabati.Lauk hewani terdiri dari daging ayam, ikan, kerang, telur dan sebagainya.Sedangkan lauk nabati terdiri dari kacang-kacangan dan hasil olah dari kacang tersebut.Buah-buahan juga menjadi unsur yang sangat penting sebagai pencuci mulut. Kemudian yang terakhir sebagai penyempurna dari pola Empat Sehat Lima Sempurna adalah susu.¹⁰

Jika sebelumnya pada awal LMR melakukan kerjanya, tingkat konsumsi pangan masyarakat Indonesia masih sangat kurang (1500 Kkal), hal ini disebabkan pesan-pesan yang disampaikan oleh LMR kepada masyarakat Indonesia masih belum bisa diterima karena sebagian masyarakat masih belum sadar akan gizi yang baik dan masih sedikit masyarakat Indonesia yang pandai membaca. Untuk meningkatkan kesadaran gizi tersebut, maka LMR menerbitkan buku *Hidangan Sehat* tahun 1954 yang dilengkapi dengan pamphlet dan gambar terbitan LMR untuk menarik minat pembaca (*eye catching*) dan lebih memahami maksud dari pesan-pesan yang ingin disampaikan. Sepanjang tahun 1957-1960 terjadi kenaikan tingkat konsumsi kalori dan protein masyarakat Indonesia yang awalnya hanya 1500 Kkal menjadi 1750 Kkal.Kenaikan ini mungkin terjadi karena upaya yang dilakukan oleh LMR sepanjang tahun 1950 baru nampak hasilnya.

Menurut peneliti, hal ini unik, sangat penting dan menarik karena penelitian sejarah LMR dan kesehatan masih sedikit yang meneliti sejauh yang dapat peneliti jangkau.Penelitian ini sangat penting untuk mengetahui bagaimana kondisi kesehatan

¹⁰*Ibid.*,hlm. 286-287.

dan gizi masyarakat Indonesia sebelum dan setelah Indonesia merdeka serta untuk mengetahui bagaimana pemerintah menangani persoalan penting ini.

Dengan penjabaran singkat diatas, peneliti ingin mengkaji tentang bagaimana pemerintah Indonesia menyelesaikan persoalan gizi masyarakat Indonesia. Maka dari itu peneliti ingin mengangkat judul *“Lembaga Makanan Rakyat dalam Upayanya Menyadarkan Gizi Masyarakat Indonesia Tahun 1950-1960”*.

B. Perumusan Masalah dan Batasan Masalah

Rumusan masalah

1. Bagaimana kondisi kesehatan masyarakat Indonesia sebelum tahun 50-an?
2. Bagaimana LMR melaksanakan tugasnya dalam mengatasi/memperbaiki permasalahan gizi di Indonesia pasca kemerdekaan?

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi atas dua yaitu batasan spasial (tempat) dan batasan temporal (waktu) penelitian. Batasan spasialnya adalah Indonesia karena judul peneliti adalah “Upaya Lembaga Makanan Rakyat Untuk Menyadarkan Gizi masyarakat Indonesia tahun 1950-1960”. Fokus kajiannya adalah Lembaga. Sementara batasan temporalnya adalah dari tahun 1950-1960.

Tahun 1950 dipilih karena pada tahun tersebut Lembaga Makanan Rakyat (LMR) dibentuk dan dipimpin oleh seorang ahli gizi Indonesia bernama Dr. Poerwo Soedarmo. Tahun 1960 menjadi batasannya karena berakhirnya masa kepemimpinan LMR oleh Poerwo Soedarmo, serta kondisi gizi masyarakat selama

1950-1960 sudah mulai terjadi peningakatan konsumsi kalori pada masyarakat Indonesia kearah yang lebih baik.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang sejarah kesehatan serta upaya pemerintah Indonesia dalam menangani persoalan penting ini.

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Akademis

1. Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan informasi mengenai sejarah kesehatan dan lembaga di Indonesia tahun 1950-1960.
2. Sebagai tambahan literature kepustakaan dan menambah referensi untuk penelitian sejarah kesehatan dan lembaga selanjutnya.

b. Manfaat Praktis

1. Untuk memperkaya sejarah kesehatan dan lembaga di Indonesia.
2. Untuk menambah wawasan dan pengetahuan tentang sejarah kesehatan dan lembaga di Indonesia.

E. Tinjauan Kepustakaan

a) Studi Relevan

Penelitian mengenai sejarah kesehatan dan lembaga di Indonesia masih relatif terbatas sejauh yang dapat peneliti jangkau. Salah satu judul yang menjadi studi relevan peneliti adalah buku karya Fadly Rahman yang berjudul “Jejak

Rasa Nusantara (Sejarah Makanan Indonesia).Metode yang digunakan dalam penulisan Fadly Rahman adalah metode sejarah dan teknik penulisan yang dilakukan dalam menulis bukunya adalah: teknik kepustakaan dan wawancara, ia pergi ke Pustaka Kementerian Pertanian dan Herbarium di Kota Bogor. Teknik yang digunakan selanjutnya adalah teknik wawancara terhadap pakar-pakar makanan.

Buku ini menguraikan bagaimana kesehatan serta kondisi pangan Indonesia pada masa awal kemerdekaan sangat mempengaruhi kondisi masyarakat Indonesia dalam berbagai bidang.Dengan kondisi masyarakat Indonesia yang seperti itu membuat pemerintah semakin giat untuk memperbaiki konsumsi masyarakat Indonesia dengan membentuk Lembaga Makanan Rakyat.Manfaat dari hasil penelitian dari buku Fadly Rahman adalah peneliti dapat mengetahui bagaimana kondisi pangan di Indonesia pasca kemerdekaan serta peran pemerintah dan gastronomi professional dalam menanggapi permasalahan gizi yang dialami rakyat di Indonesia. Perbedaan penelitian Fadly Rahman dengan penelitian saya adalah, saya menekankan fokus kepada sejarah kesehatan dan lembaga dalam upaya memberantas persoalan makanan dan kesehatan di Indonesia sedangkan Fadly Rahman lebih memfokuskan kepada sejarah kuliner Indonesia.

Tulisan lainnya adalah dari Bambang Hartanto dengan judul bukunya “Promosi Kesehatan Sejarah dan Perkembangan di Indonesia”.Metode yang digunakan oleh Bambang Hartanto adalah metode sejarah.Dalam buku tersebut,

peneliti mendapatkan bahwa teknik penelitian yang dilakukan oleh Bambang Hartanto adalah Wawancara dan Kepustakaan. Tulisan tersebut memaparkan bagaimana sejarah kesehatan di Indonesia sejak masa kolonial, masa Jepang, hingga masa kemerdekaan Indonesia serta kebijakan yang ada dari masing-masing zamannya. Kontribusinya terhadap penelitian yang akan peneliti teliti adalah, peneliti dapat mengetahui bagaimana kondisi kesehatan rakyat Indonesia berdasarkan pembabakan waktu sejak masa penjajahan Belanda, Jepang hingga Indonesia merdeka. Hal ini sangat membantu peneliti sebagai perbandingan dan perbedaan kondisi rakyat Indonesia dari masa ke masa.

Penelitian Baha'Uddin tentang Politik Kesehatan Masyarakat di Indonesia Pasca Kemerdekaan juga sangat membantu penelitian ini. Kontribusinya terhadap penelitian ini adalah peneliti dapat mengetahui bagaimana kondisi kesehatan masyarakat Indonesia setelah merdeka serta tindakan yang di ambil oleh pemerintah untuk memberantas masalah penyakit pada masyarakat Indonesia. perbedaan dengan penelitian ini adalah, Baha'Uddin memfokuskan pada usaha pemerintah memberantas penyakit menular, sedangkan penelitian ini fokus kepada permasalahan gizi yang diakibatkan oleh kekurangan pangan.

b) Kerangka Konseptual

Lembaga kemasyarakatan terdapat di dalam setiap masyarakat tanpa memperdulikan apakah masyarakat tersebut mempunyai taraf kebudayaan bersahaja atau modern karena setiap masyarakat tentu mempunyai kebutuhan-

kebutuhan pokok yang apabil dikelompokan-kelompokan, terhimpun menjadi lembaga kemasyarakatan.Untuk memberikan suatu batasan, dapat dikatakan bahwa lembaga kemasyarakatan merupakan himpunan norma-norma segala tingkatan yang berkisar pada suatu kebutuhan pokok didalam kehidupan masyarakat.Wujud konkret lembaga kemasyarakatan tersebut adalah asosiasi (*association*).¹¹Rumah Sakit dan Universitas adalah sebagai salah satu contoh-contoh dari asosiasi.Untuk melihat lembaga kemasyarakatan dari sudut fungsinya, lembaga kemasyarakatan diartikan sebagai suatu jaringan proses-proses hubungan antarmanusia dan antarkelompok manusia yang berfungsi untuk memelihara hubungan-hubungan tersebut serta pola-polanya, sesuai dengan kepentingan-kepentingan manusianya dan kelompoknya.¹²

Salah satu contoh dari lembaga kemasyarakatan lainnya adalah Lembaga Makanan Rakyat (LMR).LMR merupakan lembaga penelitian yang didirikan oleh pemerintah untuk mengatasi permasalahan gizi.Kerja LMR adalah memberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi bagi tubuh dan kesehatan, selain itu mereka juga melakukan penelitian terhadap pola makan dan penyakit yang berhubungan dengan makanan pada masyarakat.Hal-hal yang menjadi tugas LMR adalah untuk mensejahterakan rakyat Indonesia.¹³

¹¹Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar (Revisi)*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2014), hlm. 170.

¹²*Ibid.*,hlm. 170.

¹³Fadly Rahman, *Op Cit*, hlm. 241.

Kebijakan menurut Lasswell dan Kaplan adalah sebagai sarana untuk mencapai tujuan, mereka menyebutkan bahwa kebijakan adalah sebagai sebuah program yang diproyeksikan berkenaan dengan tujuan, nilai, dan praktik. Frederich mengatakan bahwa yang paling pokok dari suatu kebijakan adalah adanya tujuan (*goals*), sasaran (*objective*), atau kehendak (*purpose*).¹⁴

Dari defisini para ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah sebagai suatu alat atau tindakan yang bermaksud untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan yang dimaksudkan adalah tujuan tertentu yang dikhehendaki untuk dicapai, bukan sesuatu tujuan yang sekedar diinginkan saja. Dalam kehidupan sehari-hari, tujuan yang hanya diinginkan saja bukanlah tujuan , melainkan sekedar diinginkan.¹⁵

Pangan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk data hidup dan melakukan aktivitas sehari-hari, sedang ketahanan pangan adalah jaminan bagi manusia untuk hidup sehat dan berkerja secara produktif . Ketahanan pangan merupakan terjemahan dari *Food Security*.¹⁶ Berkaitan dengan kebijakan ketahanan pangan, pengertian pangan dikelompokkan berdasarkan pemrosesannya, yaitu:

- 1) Bila makanan yang diolah, yaitu bahan makanan yang dibutuhkan proses pengolahan lebih lanjut, sebelum kahirnya siap untuk dikonsumsi.

¹⁴ Said Zainal Abidin, *Kebijakan Publik* (edisi 2), (Jakarta: Salemba Humanika, 2012), hlm. 6-7.

¹⁵ *Ibid*, hlm. 6-7.

¹⁶ Handewi dan Mewa, “Ketahanan Pangan: Konsep, Pengukuran dan Strategi”, *Jurnal: Litbang Pertanian*, Vol. 20, No. 1, Juli 2002, hlm. 12.

Contohnya seperti bahan makanan olahan nasi, pembuatan sagu, pengolahan gandum, pengolahan singkong, pengolahan jagung, dan lain sebagainya.

- 2) Bahan makanan yang tidak diolah, yaitu bahan makanan yang langsung untuk dikonsumsi atau tidak membutuhkan proses pengolahan lebih lanjut.

Contohnya seperti buah-buahan dan beberapa jenis sayur-sayuran.¹⁷

Gizi berasal dari bahasa Arab “Al Gizzai” yang artinya makanan dan manfaatnya untuk kesehatan, sari makanan yang bermanfaat untuk kesehatan. Kata “gizi” dikenal di Indonesia sejak tahun 1950-an, sebagai terjemahan kata *nutrition*, istilah bahasa Inggris yang berarti hubungan antara makanan dan kesehatan”. Oleh Prof. Poorwo Soedarmo bapak Gizi Indonesia, dan pimpinan Lembaga Makanan Rakyat (LMR) menetapkan penggunaan kata gizi yang berasal dari bahasa Arab. Kata “ilmu gizi” resmi menjadi istilah ilmiah tahun 1958 pada saat masuk dalam kurikulum ilmu kedokteran di Universitas Indonesia.¹⁸

F. Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian sejarah yang dalam penelitian dan penulisan menggunakan metode deskriptif, yaitu menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan. Penelitian ini termasuk ke dalam penelitian kualitatif. Adapun yang dimaksud dengan metode penelitian sejarah adalah proses menguji dan menanalisa

¹⁷*Ibid.*,hlm. 12.

¹⁸Diamond dari: “Penelitian biokimia gizi” oleh Mohammad Hanafi, MBBS (Syd), dr, MS. Sumber utama: <https://mhanafi123.files.wordpress.com/2010/01/12-biokimia-gizi-pengantar-15.pdf>. (diakses pada 16 Oktober 2017).

secara kritis rekaman dan peninggalan masa lampau. Rekonstruksi yang imajinatif dari masa lampau berdasarkan data yang diperoleh dengan menempuh proses yang disebut dengan historiografi (Penulisan sejarah).¹⁹

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode sejarah yaitu melalui beberapa tahap, yaitu *heuristic* (Pengumpulan data), kritik sumber (pengujian), analisis dan interpretasi dan historiografi (penulisan sejarah).²⁰

Pada tahap heuristik, peneliti mendapatkan berbagai macam sumber buku yang berkaitan tentang sejarah kesehatan dan dianggap relevan dari Perpustakaan Pusat UNP, Ruang Baca FIS, beberapa jurnal-jurnal yang diakses dari internet dan beberapa buku yang harus di pesan/beli karena keterjangkauan sumber buku di perpustakaan terdekat.²¹ Berdasarkan hasil dari seleksi-seleksi sumber data yang telah dikumpulkan tadi maka peneliti menganalisis data-data dan menemukan beberapa sumber yang relatif primer walaupun terdapat dari sumber buku-buku tetapi terdapat juga data-data primer didalam buku tersebut (*kritik sumber*).²²

Langkah selanjutnya adalah *analisis dan interpretasi* data yang tekumpul berdasarkan fakta-fakta yang didapat dari data-data. Peneliti merekonstruksi sejarah yang disampaikan dalam bentuk deskriptif.²³

¹⁹ Louis Gottschalk, *Mengerti Sejarah*, (Jakarta: UI Press, 1986), hlm 35.

²⁰ Mestika Zed, *Metodologi Sejarah*, (Padang: Fakultas Ilmu-ilmu Sosial Universitas Negeri Padang, 1999), hlm. 37.

²¹ *Ibid.*, hlm. 37.

²² *Ibid.*

²³ Azmi Fitrisia., dkk, *Panduan Penulisan Proposal dan Skripsi Sejarah*, (Padang: Jurusan Sejarah FIS UNP, 2009), hlm. 4.

Kemudian pada tahapan terakhir adalah menuliskan hasil penelitian menjadi sebuah kajian sejarah Lembaga. Pada tahapan terakhir ini, peneliti perlu memperhatikan kaidah penulisan yang baik dan benar.²⁴ Dengan menggunakan prosedur diatas, diharapkan skripsi ini dapat dipertanggungjawabkan secara akademik dan metodologi.²⁵

²⁴*Loc Cit.*

²⁵*Op Cit.*

BAB II

KESEHATAN MASYARAKAT SEBELUM KEMERDEKAAN

Sebelum adanya gerakan sadar gizi yang baru diperkenalkan oleh Prof. Poorwo Soedarmo pada periode kemerdekaan, Indonesia masih fokus dalam memberantas penyakit *endemic* yang menyebar pada masyarakat. Penyakit *endemic* merupakan masalah kesehatan yang sangat besar karena banyak menyebabkan kematian pada masyarakat.²⁶ Contoh penyakit endemik yang paling di takuti pada periode tersebut adalah kolera, cacar, pes, influenza, serta malaria. Penyakit-penyakit menular tersebut mewabah di Indonesia pada pertengahan abad ke-19. Atas kejadian tersebut, maka pemerintah Hindia Belanda melakukan program-program kesehatan pemberantasan penyakit menular.²⁷ Program kesehatan yang dilakukan pemerintah Hindia Belanda adalah dengan membentuk Dinas Kesehatan Rakyat atau *Dienst der Volksgezonheid* (DVG).²⁸ Sebenarnya pada masyarakat Indonesia, jauh sebelum masuknya ilmu kesehatan Barat, mereka sudah mengenal cara pengobatan tradisional.

²⁶Laporan resmi pemerintah Hindia Belanda dari tahun 1916 sampai 1934 menunjukkan sebuah tingkat rata-rata kematian kasar di Pulau Jawa antara 17,3 dan 36,5 per seribu. Bahkan dibeberapa kota besar di Jawa angka kematian tersebut lebih tinggi. Di Batavia misalnya, antara 1915-1928 tingkat rata-rata angka kematian mencapai 38 sampai 51 per seribu dan di Surabaya mencapai 27 sampai 64 per seribu (Widjojo Nitastro,1970:102)

²⁷ Hanibal, “*Sejarah Singkat Kesehatan Masyarakat Indonesia (STOVIA)*”, sumber utama: <https://hanibalhamidi.files.wordpress.com/2013/05/sejarah-singkat-kesehatan-masyarakat-di-indonesia.pdf>. (Diakses pada 19 Mei 2018, pukul: 23.46).

²⁸ Baha’Uddin,“Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Jawa pada Abad ke-19 dan Abad ke-20”,*Jurnal: Lembaran Sejarah*,Vol.7, No.1.2004, hlm. 107.

Pengobatan tradisional dilakukan secara turun temurun bahkan hingga zaman modern sekarang masih ada. Contoh dari pengobatan tradisional tersebut adalah jamu. Pada hakikatnya tumbuh-tumbuhan memiliki banyak manfaat dalam dunia kesehatan. Pengobatan tradisional juga ada yang mengandung unsur-unsur spiritual atau *magic*.²⁹

Untuk mendapatkan gambaran ringkas mengenai usaha pemberantasan penyakit pada masyarakat di Indonesia, peneliti akan menyajikannya menurut periodisasi; periodi

A. Periode Kolonial

Kedatangan orang-orang Eropa ke Indonesia khususnya Belanda adalah motif ekonomi. Mereka mencari keuntungan dari sumber daya alam Indonesia yang sangat dibutuhkan di tanah Eropa. Selain memperluas perkebunan dan penanaman modal, juga yang tidak kalah penting adalah meningkatkan jumlah tenaga kerja³⁰. Jumlah penduduk dengan kualitas kesehatan yang baik merupakan mesin keuntungan yang sangat diandalkan, maka dari itu pemerintah Hindia Belanda tidak hanya mulai meningkatkan jumlah penduduk melalui fertilitas, melainkan juga menekankan angkat kematian (mortalitas) penduduk. Disinilah awal keterlibatan langsung pemerintah kolonial dalam masalah kesehatan penduduk.³¹

²⁹Satrio, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia jilid I*, (Jakarta: Depkes RI, 1978), hlm 11-12.

³⁰ Mumuh Muhsin Z, “Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Pemerintahan Hindia Belanda”, *Jurnal: Paramita*, Vol.22, No.2, Juli 2012, hlm.187-188.

³¹*Ibid*, hlm. 187-188.

Dampak dari penyakit *endemic* ini adalah banyak menyebabkan kematian pada penduduk terutama disebabkan oleh kondisi sarana dan prasarana yang kurang baik. Perkembangan perekonomian Hindia Belanda hanya menggambarkan keberhasilan Belanda dan misinya mendapatkan keuntungan besar. Tujuan pemerintah Belanda di Indonesia meliputi *dual mandate* yang berupa pengembangan sumber daya alam atau *La Richessnaturalle*, tetapi pemerintah Belanda juga mempunyai konsekuensi terhadap orang-orang taklukannya untuk mengembangkan *La Richevace* atau kesejahteraan penduduk³², seperti dalam layanan pemerintahan untuk membantu pertanian pribumi, perawatan kesehatan masyarakat, pendidikan, kegiatan misi dan sebagainya. Kebijakan tersebut memaksa pengusaha terutama pengusaha perkebunan untuk memperhatikan kesehatan pekerja sesuai dengan misi Belanda.³³

Berdasarkan sifat asli penjajahan itu sendiri, tidaklah mengherankan bahwa usaha kesehatan pada permulaannya semata-mata ditunjukan kepada kepentingan si penjajah, dan baru kemudian tahap demi tahap meluas kepada masyarakat umum. Bagaimana juga hal ini berlaku pada penjajahan Belanda.³⁴ Awal abad ke-19, perhatian utama pemerintah kolonial terhadap problem kesehatan pada awalnya memang diarahkan untuk kepentingan militer mereka. Tentara adalah

³² J.S. Furnivall, *Neaderlands Indie A Study of Plural Economy*, (Cambridge: University Press, 1967), hlm. 346.

³³ Dina Dwi Kurnia, dkk, "Pelayanan dan Sarana Kesehatan di Jawa Abad ke-20", *Jurnal:Mozaik*, sumber utama: <https://journal.uny.ac.id/index.php/mozaik/article/download/6188/5377>, hlm 21. (diakses pada 10 Mei 2018, pukul:11.45).

³⁴ Satrio, *Op Cit*, hlm.29.

ujung tombak dalam politik penjajahan, karena mereka yang bertugas di lapangan ketika menaklukan wilayah-wilayah jajahan. Oleh karena itu kesehatan tentara harus dijaga. Dokter-dokter yang pertama kali di datangkan ke Hindia Belanda rata-rata adalah dokter militer karena dokter sipil biasanya enggan untuk ditugaskan di tanah jajahan³⁵. Berikut ini adalah berbagai macam program kesehatan yang dilakukan pemerintah pada masa Hindia Belanda:

1. Dinas Kesehatan Militer (MGD) dan Dinas Kesehatan Sipil

Dinas Kesehatan Militer (*Militair Geneeskundige Dienst*) dibentuk pada Juli 1808, hal ini diikuti dengan dibangunnya rumah sakit di kota besar (Batavia, Semarang, dan Surabaya) yang berlangsung pada pemerintahan Gubernur Jenderal Deandels. Dinas Kesehatan Militer ini menggunakan model yang ada di Belanda oleh karena itu tipe tenaga kesehatan yang dikenalkan dalam lembaga ini juga sama seperti di Belanda yaitu berdasarkan pada tiga tingkatan. Tingkat yang paling rendah merupakan para *surgeons* yang masih dalam status magang atau pegawai kesehatan kelas tiga. Kemudian tingkat menengah ditempati oleh para asisten *surgeons* atau pegawai kesehatan kelas dua, sedangkan tingkat paling atas ditempati oleh para *surgeons* paling utama

³⁵ Basundoro-fib, “Sejarah Kesehatan di Jawa Timur dalam Khasanah Arsip”, Sumber utama: basundoro-fib.web.unair.ac.id/artikel_detail-71298-Sejarah-SEJARAH%20KESEHATAN%20DI%20JAWA%20TIMUR%20DALAM%20KHASANAH%20ARSIP.html, (diakses Minggu, 27 Mei pukul :20.41).

atau pegawai kesehatan kelas satu. Secara keseluruhan, jumlah *surgeons* yang diperkerjakan di MGD pada masa Deandels ini berjumlah 81 *surgeons*.³⁶

Selain terdapat tiga rumah sakit besar di Batavia, Semarang dan Surabaya, di tiap garnisun juga terdapat rumah sakit khusus yang dipimpin oleh seseorang bintara. Jumlah tentara yang harus dilayani sekitar 18.450 orang. Jumlah tentara itu tidak hanya terdiri dari orang-orang Belanda saja, melainkan juga tentara Belanda yang berasal dari orang-orang pribumi seperti dari Jawa, Madura, Ambon, dan Minahasa hanya dengan izin khusus dari pejabat sipil.³⁷ Barulah 12 tahun kemudian, yaitu tahun 1820 dibentuk Dinas Kesehatan Sipil atau *Burgerlike Geneeskundige Dienst (BGD)*. Dokter yang bertugas adalah dokter tentara. Namun, masyarakat sipil yang dilayani adalah sipil dari Belanda.³⁸

Perbedaan dua institusi kesehatan ini ialah bahwa MGD dijalankan oleh pegawai kesehatan militer yang bertanggung jawab terhadap pengobatan para tentara yang sakit dan situasi higiensi di rumah-rumah sakit militer sedangkan BGD dijalankan oleh dokter-dokter kotapraja yang bertugas bertanggung jawab dan memelihara sanitasi umum terhadap pasien sipil di kota-kota dan di daerah sekitarnya serta melakukan pengobatan terhadap pasien sipil di rumah-rumah sakit sipil yang baru dibangun,³⁹ namun pada kenyataannya BGD menjadi *sub-ordinat* dari MGD, oleh karena itu tentara tetap menjadi objek

³⁶Baha'Uddin, "Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Jawa pada Abad ke-19 dan Abad ke 20", *Op Cit*, hlm. 104-105.

³⁷*Ibid.*, hlm. 105.

³⁸Basundoro-fib, *Op Cit*.

³⁹*Ibid.*

utama dalam pelayanan kesehatan sampai saat itu. Hal ini kemudian menyebabkan terjadinya pengabaian terhadap pelayanan kesehatan sipil karena adanya anggapan bahwa pelayanan kesehatan sipil adalah kepentingan sekunder.⁴⁰ Lembaga-lembaga ini selain melakukan tindakan-tindakan kesehatan *kuratif* dan *preventif*, juga menerbitkan publikasi-publikasi. Publikasi-publikasi tersebut antara lain Komunikasi-komunikasi Layanan Pengobatan Sipil atau *Mededelingen van den Burgerlijk Geneeskundigen Dienst* terutama dipublikasikan dalam *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, yang berkaitan dengan pelayanan pes, misalnya terbit laporan –laporan yang dicetak sebagai lampiran pada *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*.⁴¹ Pada tahun 1911 ada perpisahan antara kedua jawatan MGD dan BGD. Jawatan kesehatan BGD dijadikan bagian tersendiri dari Departement Pendidikan dan Pemujaan atau *Departement van Onderwijs en Eeredienst*.⁴²

2. Pendidikan Kesehatan

Ada beberapa pendidikan kesehatan pada masa Hindia Belanda yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan. Hal ini penting disinggung karena tenaga-tenaga kesehatan pada umumnya pastilah datang dari pendidikan kesehatan. Lembaga Pendidikan kesehatan yang sudah ada sejak masa Hindia Belanda, diantaranya seperti Sekolah Dokter Jawa yang mulai diselenggarakan

⁴⁰ Baha'Uddin, "Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Jawa pada Abad ke-19 dan Abad ke 20", *Op Cit*, hlm. 106.

⁴¹ Mumuh Muhsin Z, "Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Kolonial", *Op Cit*, hlm. 30.

⁴² Satrio, *Op Cit*, hlm. 30.

pada pertengahan abad ke-19 oleh pemerintah Hindia Belanda. Pendirian Sekolah Dokter Jawa dilatarbelakangi oleh:

- 1) Pandangan pemerintah Hindia Belanda terhadap keberadaan dukun di masyarakat Indonesia yang cendrung bersifat negative. Dalam kasus epidemic, keberadaan dukun bahkan sama sekali tidak bisa diandalkan.
- 2) Munculnya berbagai wabah penyakit, terutama wabah penyakit cacar di perkebunan Belanda di Banyumas Jawa Tengah pada 1847.⁴³

Lama pendidikan di Sekolah Dokter Jawa adalah dua tahun, dan kemudian nanti setelah lulus dipekerjakan sebagai dokter pembantu dan bertugas memberikan pengobatan dan vaksinasi cacar.⁴⁴ Pada tahun 1902 Sekolah Dokter Jawa berganti namanya menjadi *School tot Opleiding van Inlandsch Artsen* disingakt STOVIA dengan lama pendidikan 9 tahun.⁴⁵ Lulusannya mendapatkan gelar *indisch Arts* (Dokter Hindia). Sekolah STOVIA kemudian diganti menjadi *Geneeskundige Hoogeschool*.⁴⁶ Secara resmi ilia ijazah GH Betawi ditetapkan tidak berbeda jauh dari ijazah fakultas-fakultas kedokteran di negeri Belanda.⁴⁷

⁴³ Slamet Riyadi, *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Dasar-dasar dan sejarah perkembangannya*, (Surabaya: Usaha Nasional, 1978), hlm. 35.

⁴⁴ Satrio, *Op Cit*, hlm. 33.

⁴⁵ Baha'Uddin, "Dokter Jawa dan Mantri Kesehatan dalam Sejarah Kesehatan Indonesia pada Masa Kolonial", *Jurnal: Lembaran Sejarah*, Vol. 1, No. 1, hlm. 6. Sumber utama: https://www.academia.edu/4435361/dokter_Jawa_dan_Mantri_Kesehatan_dalam_Sejarah_Kesehatan_Indonesia_pada_Masa_Kolonial.(diakses pada 1 Juni 2018, pukul: 23.00).

⁴⁶ *Op Cit*, hlm.33-36.

⁴⁷ *Ibid.*,hlm. 33-36.

Dalam tahun 1913 terlah dibuka sekolah dokter kedua di Surabaya diberi nama “*Nederlandsch Indische Artsen School*” (NIAS). Lama pendidikan dokter 10 tahun sesudah Sekolah Dasar Belanda. Mulai 1924, baik STOVIA maupun NIAS tidak lagi menerima lulusan sekolah dasar, melainkan sekolah lanjutan pertama yang dinamanakan “*Meer Uitgebriet Lager Onderwijs*” (MULO).⁴⁸

Sekolah Dokter Gigi (STOVIT) berdiri di Sarabaya dalam pada tahun 1928. Lama pendidikannya adalah 5 tahun, siswa masuk setelah ia lulus dari MULO. Lulusan dari STOVIT mendapat gelar “*Indische Tandarts*” (Dokter Gigi Hindia).⁴⁹

3. Usaha Pemberantasan Penyakit Endemik

a. Usaha Kuratif

Dalam usahat kuratif sipil, yang paling tertua adalah Rumah Sakit Cina di Batavia yang didirikan tahun 1640. Rumah sakit yang kedua adalah *stadverband* tahun 1819, kemudian *Centrale Burlijke Zienkeninrichting* (Rumah sakit Pusat) di Slemba tahun 1919. Baru sesudah 1880 berkembanglah rumah sakit baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta.⁵⁰

Perkembangan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan utama pada masa kolonial paling tidak dapat dikategorisasikan dalam tiga periodisasi berikut:

⁴⁸*Ibid.*,hlm. 33-36.

⁴⁹*Ibid.*,hlm. 49.

⁵⁰*Ibid.*,hlm. 49.

- a) Periode 1890-1910, merupakan periode supermasi militer dalam pelayanan kesehatan *Militaire Geneeskundige Dienst MGD* yang mulai digantikan oleh Pelayanan Kesehatan Sipil *Burgerlijke Geneeskundige Dienst BGD*.
- b) Periode 1910-1930, perkembangan rumah sakit sipil berkembang pesat. Politik etis cukup ampuh dan pemerintah Hindia Belanda juga turut ikut aktif terlibat dalam pendirian dan pendanaan rumah sakit pemerintah maupun swasta.
- c) Periode 1930-1942, depresi ekonomi mengakibatkan pemerintah memotong anggran pendanaan public. Pemerintah mengurasi subsidi rumah sakit. Jumlah rumah sakit menurun dan beberapa yayasan kekurangan dana.⁵¹

b. Usaha Preventif

Usaha preventif adalah upaya yang dilakukan pemerintah dalam menanggulangi dan memberantas penyakit . Beberapa penyakit yang paling berbahaya dan sering melanda Hindia Belanda adalah cacar, pes, lepra, malaria, dll.Usaha untuk menanggulangi penyakit ini adalah dengan memberikan penyadarkan kepada penduduk agar hidup bersih. Penelitian tentang wabah penyakit, penyebab, dan cara menanggulanginya pun semakin berkembang. Pemerintah Belanda menaruh perhatian serius terhadap

⁵¹ Dina Kurnia Rini, dkk, *Op Cit*, hlm. 9-10.

penyebaran suatu penyakit tertentu di suatu daerah. Mereka akan melakukan penelitian yang mendalam terhadap suatu wilayah yang terjangkit penyakit.⁵²

4. Instituut Voor Volksvoeding (1934-1939)

Usaha pemerintah untuk memperbaiki gizi masyarakat tidak lepas dari penelitian gizi. Penelitian gizi sebelum Indonesia merdeka oleh pemerintah penjajah tidak dipakai untuk memperbaiki gizi rakyat, malahan banyak hasil penyelidikan dirahasiakan dan hanya menjadi dokumentasi ilmiah. Justru untuk pembangunan negara merdeka permasalahan gizi yang ditemukan menjadi tantangan tersendiri bagi bangsa dan negara, pemerintah mengatasinya dengan segala daya upaya. Demi keperluan tersebut diusahakan adanya tenaga gizi terdidik, Ahli Diet, serta Juru Penerangan Makanan yang bertugas menyebarkan ilmu gizi disamping menyelidiki masalah gizi.⁵³

Makanan yang baik adalah sumber bagi kekuatan rakyat, diet yang tidak efisien dan kekurangan makanan serta gizi menyebabkan melemahnya tubuh dan fikiran serta menyebabkan berkembang biaknya penyakit dan rasa yang tidak nyaman. Masalah yang sangat penting dan berdampak luas bagi masyarakat adalah makanan, makanan layak mendapatkan perhatian penuh untuk kesejahteraan rakyat.⁵⁴ Dokter-dokter Belanda telah memberikan

⁵²*Ibid.*, hlm 12-13.

⁵³ Poorwo Soedarmo, *Research di Indonesia 1945-1965, (Bidang Kesehatan)*, (Jakarta: P.N. Balai Pustaka, 1965), hlm. 467.

⁵⁴ Dikutip dari surat kabar: “*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*”, *twee en zestigse jaarg, Weekblad, Tweede Helft, No.13, (Zaterdag 28 September 1918)*.

kontribusi penting bagi perkembangan gizi pada abad ke-20. Sebelum Perang Dunia II, penekanannya adalah pada penelitian tentang vitamin dan kesehatan anak, selain pentingnya makanan sehat.⁵⁵

Kegiatan penelitian gizi di Indonesia mulai dikembangkan sejak pertengahan abad ke-19, tetapi baru dilembagakan pada tahun 1934 dengan nama *Instituut voor Onderzoek der Volksvoeding (IOVV)* yang berlokasi di Bogor. IOVV dikepalai oleh dr. van Veen dan sebagai bendaharanya adalah Prof. Donath. Tersedia juga 934 pegawai, sedangkan dewan umum yang lebih besar membantu dalam penyusunan program kerja mingguan. Nama IOVV kemudian berganti menjadi *Instituut voor Volksvoeding (IVV)* pada tahun 1939.⁵⁶

Pada masa penjajahan, arah penelitian gizi lebih ditujukan pada kepentingan pemerintah Hindia Belanda.⁵⁷ IVV merupakan bagian dari Lembaga Penelitian Kesehatan yang dikenal sebagai Lembaga *Eijkman*.⁵⁸ IVV memiliki tugas menyelenggarakan penyelidikan-penyelidikan dan memberi petunjuk tentang segala sesuatu mengenai makanan yang menuju kesempurnaan makanan rakyat.⁵⁹

⁵⁵*Ibid.*

⁵⁶“Binneland”, sumber utama: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1934121260005a.pdf>.

⁵⁷ Mahmud Jusuf, dkk, “Sekilas Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi”, *Jurnal: Media Litbangkes*, Vol.1, No. 3, 1991, hlm. 2.

⁵⁸ Nawiyanto, “The Politics of Food and Food Security during Indonesia’s Old Order (1945-1965)”, *Jurnal: Lembaran Sejarah*, Vo. 10, No. 1, April 2013, hlm. 30.

⁵⁹ Poorwo Soedarmo, *Gizi dan Saya*, (Jakarta: FKUI, 1995), hlm. 37.

Pada tahun 1929, van Veen berangkat ke Hindia Belanda saat itu sebagai teknisi. Setelah ia berada di Hindia Belanda, kariernya didominasi oleh masalah gizi, lagi pula Hindia Belanda pada tahun-tahun tersebut juga menjadi tempat lahirnya nutrisi/ gizi, khususnya pengetahuan tentang vitamin. Pada tahun-tehun tersebut Eijkman menemukan adanya vitamin anti beri-beri (vitamin b). Sejak saat itu banyak peneliti di Hindia Belanda terus menerus mengkaji vitamin.⁶⁰

Saat kedatangan van Veen ke Hindia Belanda, segera ia dipaksa untuk berkonsentrasi pada masalah gizi di Hindia Belanda, apalagi ditambah kelesuan ekonomi yang terjadi pada tahun 1930-1935 mengharuskan pemerintah memberikan perhatian khusus pada masalah penduduk, dalam hal ini adalah masalah gizi. Untuk tujuan perbaikan masalah gizi ini, van Veen bersama dengan Donath dan de Langen mendirikan Instituut for Food pada tahun 1934 (IVV). Dokter S. Postmus menjadi direktur pertamanya, van Veen ditunjuk sebagai kepala department kimia. IVV didirikan di Eijkman Institute (Batavia), Laboratorium Pusat dari ‘Dinas Kesehatan Publik’ di Hindia Belanda. Kemudian pada 1935 van Veen diangkat menjadi kepala IVV.⁶¹ Pada

⁶⁰ Dikutip dari: “Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (KNAW)”, Huygens Institute, sumber utama: <https://www.dwc.knaw.nl?DL/levensberichten/PE00003451.pdf>. (Diakses pada, 25 Juli 2018, pukul: 00.37 WIB).

⁶¹*Ibid.*

tahun-tahun berikutnya van Veen bersama dengan teman-temannya yang lain menulis 140 artikel tentang masalah gizi di Hindia Belanda.⁶²

IVV sebagai suatu lembaga gizi yang menangani permasalahan gizi di Indonesia sebelum Perang Dunia II memiliki tugas pokok sebagai berikut:

1. Pelaksanaan penelitian gizi
2. Survey makanan
3. Memberi nasihat kepada pemerintah tentang masalah kurang gizi
4. Pendidikan gizi

Pada banyak daerah, status gizi penduduk diperiksa. Hal ini membutuhkan tim lapangan yang besar, yang terdiri dari dokter, ahli kimia, ahli agronomi, staf teknis dan administraif yang diperlukan harus terpilih dan dilatih khusus.⁶³ Survey makanan rakyat di desa-desa yang dikenal antara lain: *menee enderseek* di Pacet, Rengasdengklok, Segelaherang, Cirebon, Pulosari, Kutowinongaun, dan sebagainya.⁶⁴ Survey tersebut dijalankan oleh van Veen, Osche Terra dan kawan-kawannya antara lain tahun 1933-1939. Studi lapangan ini menemukan bahwa terjadinya penyakit mata karena kekurangan vitamin A (xerophthalmia) yang bisa menyebabkan kebutaan, namun sebenarnya dapat dicegah dengan perbaikan gizi yang sederhana.. Penyebab utama dari penyakit mata ini adalah kurangnya mengkonsumsi

⁶²*Ibid.*

⁶³*Ibid.*

⁶⁴ Yuni Zahraini, “Sejarah Perkembangan Gizi di Indonesia”, sumber utama: Yunizahraini.blogspot.com/2016/01/sejarah-perkembangan-gizi-di-indonesia.html?_escaped_fragment_=1 (Diakses pada 15 Juli 2018,pukul: 21.44 WIB)

sayuran hijau dan buah-buahan yang kaya akan protein dalam makanan⁶⁵, namun demikian laporan-laporan itu hanya diketahui oleh kalangan terbatas dalam pemerintahan Hindia Belanda, tidak diumumkan kepada masyarakat.⁶⁶

Contoh lain dari penelitian lapangan yang berguna adalah studi *Goenoeng—kidoel*. Wilayah tersebut orang dewasa didiagnosis dengan penyakit oedema (pembengkakan hati). Sebuah kelompok penelitian IVV menunjukkan bahwa penyebab dari oedema adalah kurangnya konsumsi protein: konsumsi harinya tidak lebih dari 9 gram. Kekurangan protein muncul karena makanan utamanya bukan beras, tetapi singkong yang sangat miskin protein. Penelitian oleh IVV mengenai makanan yang mengandung zat beracun juga ada. Bahan makanan yang mengandung racun adalah *bongkrek* dan *jengkol*. Makanan tersebut mengandung zat yang memabukkan.⁶⁷

Kegiatan-kegiatan gizi menurun pada masa Perang Dunia II. Pada tahun-tahun tersebut Indonesia terisolasi total dari ilmu pengetahuan dunia. Selama ini tidak ada publikasi-publikasi yang masuk. Sebaliknya pada tahun-tahun tersebut berkembang dengan pesat *nutrition sciences* di Eropa.⁶⁸

Setelah invansi Jepang pada tahun 1942, semua pekerjaan yang sudah dirintis oleh van Veen dalam IVV harus berakhir. Van Veen dan semua orang Belanda lainnya diinternirkan di kamp-kamp Jepang yang terkenal. Sejak saat

⁶⁵*Op Cit.*

⁶⁶Satrio, *Op Cit.*, hlm. 65.

⁶⁷*Op Cit.*

⁶⁸ Poorwo Soedarmo, *Gizi dan Saya, Op Cit.*, hlm. 29.

itu IVV tidak aktif melakukan tugas-tugasnya, aktif kembali setelah IVV di nasionalisasikan menjadi LMR.⁶⁹

B. Masa Pendudukan Jepang

Pendudukan Jepang pada Maret 1942 hingga Agustus 1945 umumnya dianggap sebagai titik balik penting dalam sejarah Indonesia modern, misalnya berpendapat bahwa pendudukan Jepang menimbulkan “perubahan yang begitu penting sehingga sudah sepantasnya menganggap tahun 1942 sebagai permulaan dari seluruh gejolak revolusioner yang melahirkan Indonesia modern”. Invansi Jepang menandai pula awal dari sebuah periode kesulitan sekonomi, instabilitas, dan integrasi.⁷⁰

Pada tahun-tahun terakhir kekuasaan pemerintah Hindia Belanda telah banyak mengubah kondisi rakyat Indonesia dalam berbagai bidang semakin kritis.⁷¹ Terjadinya berbagai macam permasalahan pada masyarakat seperti permasalahan pangan, sandang, papan dan rendahnya tingkat kesehatan sebenarnya telah lama membebani masyarakat Indonesia. Terjadinya eksplorasi yang juga diiringi dengan diskriminasi sangat menyengsarakan rakyat. Pemerintah cendrung mengeruk keuntungan dari kesengsaraan rakyat yang mengakibatkan semakin memperkeruhnya masa depan rakyat Indonesia dan juga

⁶⁹Op Cit.

⁷⁰ Jan Luiten van Zenden dan Daan Marks, *Ekonomi Indonesia 1800-2010 (Anatara drama dan Keajaiban Pertumbuhan)*, (Jakarta: Kompas, 2012), hlm. 273.

⁷¹ Anton Lucas, *Peristiwa Tiga Daerah: Revolusi Dalam Revolusi*. (Jakarta: Pustaka Utama Grafiti, 1989), hlm. 37.

pemerintah Hindia Belanda.⁷² Masa pendudukan Jepang merupakan suatu periode penting dalam perjalanan sejarah bangsa Indonesia. Pada masa ini terjadi perubahan yang menjadi dasar pada sendi-sendi kehidupan masyarakat Indonesia.⁷³

Pada 8 Maret 1943, pemerintah Hindia belanda menyerah tanpa syarat kepada Jepang. Kekalahan Belanda tanpa syarat merupakan bukti betapa lemahnya pasukan Belanda yang tidak lebih dari *beambtenstat* atau Negara yang diatur oleh pegawai-pegawai yang hanya mencari untung belaka, sementara pertahanannya sama sekali tidak diperhatikan. Akibat fatal harus diterima Belanda, yaitu penyerahan Hindia Belanda kepada sekutu yang dambil oleh Ter Poorten tanpa konsultasi dengan pihak sekutu, khususnya pasukan Australia dan KNIL.⁷⁴

Mengenai periode yang pendek ini, tidak banyak yang dapat diceritakan tentang perkembangan kesehatan, penuturan berbagai tokoh kesehatan memberikan gambaran pola kehidupan yang sama, yang menggambarkan usaha kesehatan yang mundur karena kekurangan prasarana dan memburuknya kesehatan rakyat dalam kekurangan makan.⁷⁵ Masa pendudukan Jepang telah memunculkan sikap permusuhan terhadap berbagai bentuk budaya dan kebiasaan hidup orang-orang Belanda, sarana-prasarana mengalami perubahan besar akibat

⁷² Sartono Kartodirdjo, *Pengantar Sejarah Indonesia Baru: 1500-1900 (Dari Imporium sampai Imperium)*, (Jakarta:PT. Gramedia, 1987), hlm. 289-334.

⁷³ Nugroho Adi Perdana, “Pengaruh Pendudukan Jepang Terhadap Masyarakat Magelang 1942-1945”, *Jurnal: Paramita*, Vol. 20, No. 2, Juli 2010, hlm. 1.

⁷⁴ Ongkokham, *Runtuhnya Hindia Belanda*, (Jakarta: Gramedia, 1986), hlm. 2.

⁷⁵Satrio, *Op Cit*, hlm.71.

kondisi perang.Banyak fasilitas yang sudah ada menjadi markas-markas tentara jepang.⁷⁶Jepang melakukan penyerbuannya ke wilayah selatan dengan tujuan eksploitasi ekonomi dalam rangka mendukung Jepang dalam Perang Pasifik.Produksi bahan makanan untuk memasok pasukan militer menempati prioritas utama.⁷⁷

Pada masa ini, semua fasilitas kesehatan yang sudah ada sejak periode Hindia Belanda diambil alih oleh Jepang dan dimanfaatkan bagi keperluan perang “Asia Timur Raya”.Kebijakan kesehatan yang sudah dilaksanakan sejak periode Hindia Belanda semakin mengalami kemunduran.Obat-obatan diambil alih dari rumah sakit- rumah sakit hingga persediaan terus menipis.Banyak dokter yang mulai membuat obat-oabatan pengganti dengan memanfaatkan tumbuhan, misalnya bubuk daun ketepeng untuk pengobatan malaria.⁷⁸

Pada masa ini juga Pendidikan Dokter di Surabaya (NIAS) ditutup selama 6 bulan. Pendidikan tenaga kesehatan tinggal satu di Jakarta dan diganti namanya menjadi “Ika Daigaku”(Perguruan Tinggi Kedokteran), sedangkan di Semarang didirikan Sekolah Pembantu Dokter (*Hojoi*), yang siswanya diambil dari para perawat yang lama pendidikannya satu tahun. STOVIT (Sekolah Dokter Gigi) diganti namanya menjadi *Ika Daigaku Shika Igakuku*.⁷⁹Dibidang organisasi oleh bala tentara Jepang diadakan perubahan di pusat.Dinas kesehatan (*Eiseikyoku*)

⁷⁶ Fadly Rahman, *Rijsttafel: Budaya Kuliner di Masa Kolonial (1970-1842)*,(Jakarta: PT Gramedia Pustaka, 2016), hlm. 84-85.

⁷⁷ Anhar Gonggong, *Sejarah Perekonomian Indonesia*,(Penerbit Ombak:Yogyakarta, 2012), hlm. 89.

⁷⁸Satrio, *Op Cit*, hlm. 71-72.

⁷⁹*Ibid.*,hlm, 71-72.

merupakan Departement Dalam Negeri (*Naimubu*) di bawah perintah Kantor Kepala Pemerintahan Militer (*Guneseikanbu*). Sudah barang tentu pemimpinnya adalah orang-orang Jepang, disamping dokter-dokter Jepang di kantoreiseikyoku itu juga dikerjakan dokter-dokter Indonesia.⁸⁰

Jika sebelum masa pendudukan Jepang, para ahli gizi lebih mengarahkan konsumsi makanan agar dialihkan pada jenis bahan “makanan rakyat”, namun pada kekuasaan Jepang kebijakan pangan lebih diarahkan untuk memenuhi kebutuhan militer dan perang.⁸¹ Kebutuhan yang begitu besar terhadap persediaan pangan membuat Jepang melakukan eksploitasi secara intensif padi dari petani, untuk itu mereka kemudian mendirikan lembaga *Syukuryoo Kanri Zimusho* (SKZ, Kantor untuk Suplai Pangan) serta *Beikoku Sho Dogyo Kumiai* (BSDK, Koperasi Perdagangan Beras). Kesulitan pangan muncul dimana-mana. Jepang berusaha merampas beras milik rakyat. Akibatnya, hanya segelintir rakyat yang bisa makan beras. Setiap kali ada rakyat yang menyimpan beras, Jepang berusaha merampasnya.⁸² Proses pengumpulan padi (politik beras) secara paksa dan penuh kecurangan menyebabkan kesengsaraan kepada rakyat, dan implikasi dari kebijakan ini adalah kekurangan pangan bagi rakyat sendiri. Kekurangan pangan mengakibatkan buruknya kondisi gizi dan kesehatan rakyat, tak heran jika pada

⁸⁰*Ibid.*,hlm. 71-72.

⁸¹ Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara (Sejarah Makanan Indonesia)*, (Jakarta: Gramedia, 2016),hlm. 203.

⁸² Andreas Maryono, *Jejak Pangan: Sejarah, Silang Budaya, dan masa Depan*, (Kompas: Jakarta, 2009), hlm.125.

masa ini gizi buru, oedeme eteng dan beri-beri sering ditemukan pada orang dewasa dan anak-anak.⁸³

Kebijakan distribusi beras yang dilakukan oleh Jepang mengakibatkan menurunnya rata-rata asupan kalori dari semula 2.000 Kkal pada tahun 1940-1943 menjadi 1.500 Kkal pada tahun 1944-1945. Hal ini disebabkan sulitnya pasokan beras masuk ke daerah-daerah lain karena kebijakan politik beras, dan juga terjadinya bencana alam serta menurunnya kapasitas penggilingan akibat kelangkaan bahan bakar.⁸⁴ Selain itu, harga-harga beras tidak resmi sangat bervariasi di seluruh Jawa. Harga-harga beras eceran pada Desember 1944, naik dari 8 sen menjadi 10 sen per liter, harga-harga di pasar gelap berkisar antara 3,25 gulden di Jakarta dan Bogor, 1,50 gulden di Semarang dan Kediri, bahkan 1,20 gulden di Bojonegoro. Jepang sangat menyadari masalah makanan ini serta konsekuensi bagi penduduk kebanyak. Kekurangan gizi menyebabkan berbagai masalah kesehatan yang berat yang diperburuk oleh kelangkaan obat-obatan. Akibat dari itu semua, lebih banyak angkat kematian daripada angka kelahiran.⁸⁵

Dampak dari kekurangan pangan mengakibatkan angka kematian yang disebabkan oleh kelaparan semakin meningkat di Surakarta pada tahun 1939 sebesar 52 ribu jiwa, tahun 1943 sebesar 62 ribu jiwa, dan tahun 1944 meningkat

⁸³ Nugroho Ari Pranata, “Pengaruh Pendudukan Jepang Terhadap Masyarakat Magelang 1942-1945”, *jurnal: Paramita*, Vol. 20, No.2, Juli 2010, hlm. 152.

⁸⁴Fadly Rahman, *Op Cit*, hlm. 204.

⁸⁵Jan Luiten van Zenden dan Daan Marks, *Op Cit*, hlm. 287.

dua kali lipat, yaitu 115 ribu jiwa.⁸⁶Orang-orang yang mengalami kelaparan yang sangat parah adalah orang-orang yang harus berkerja paksa untuk tentara jepang “*romusha*”.

Sepanjang tahun 1942-1945 beberapa bahan makanan terjadi peningkatan dan ada juga yang mengalami penurunan produksi.Pada masa ini ubi mengalami kenaikan konsumsi yang cukup signifikan pada tahun 1944 diikuti dengan singkong yang tidak terlalu signifikan penurunannya.Hal ini tidak berlangsung lama, tahun 1945 kembali terjadi penurunan tingkat konsumsi ubi dan singkong.⁸⁷Terjadinya peningkatan konsumsi ubi dan singkong karena kekurangan bahan makanan pokok (padi) tak lepas dari peran petani yang menanam singkong dan ubi di samping lahan padinya untuk menyelesaikan masalah kelaparan.⁸⁸

Menurut Poerwo Soedarmo peningkatan konsumsi ubi dan singkong di Yogyakarta tidak juga merupakan kabar yang menggembirakan.Menurut poerwo, nutrisi yang terkandung didalam ketela masih belum mencukupi kebutuhan gizi masyarakat. Berdasarkan penelitiannya, penduduk yang lahir dikawasan itu pada masa sulit memiliki tinggi badan 5 cm lebih pendek dibandingkan dengan penduduk yang lahir pada masa normal. Menurutnya, hal itu disebabkan oleh kekurangan protein telur akibat orang memakan ketela sebagai pengganti padi.⁸⁹

⁸⁶Lihat di laporan rahasia dalam “Bendel Rahasia Djepang, 1943-1945”, *Arsip Resko Pustoko, no. 155*.Di ambil dalam : Julianto Ibrahim, “Ekspolitasi Pendudukan Jepang di Surakarta (1942-1945)”, *Jurnal:Humaniora*,Vol 16, No 1 (2004), hlm. 39-40.

⁸⁷Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara, Op Cit*, hlm. 204.

⁸⁸*Ibid.*, hlm. 207.

⁸⁹*Ibid.*, hlm. 206.

Seiring dengan penurunan produksi bahan makanan, terutama padi, gapelek dianggap sebagai alternatif terbaik untuk menutupi kekurangan tersebut. Panen gapelek di wonogiri Ken pada tahun 1944 sebesar 100 ribu ton di atas tanah seluas 50 ribu hektar. Dari produksi sebanyak itu, penduduk Wonogiri berhak mendapatkan 76.750 ton untuk makan selama setahun, 13.250 ton cadangan masa paceklik, dan 10.000 ton diserahkan kepada pemerintah.⁹⁰ Namun kondisi alam yang sebenarnya di Wonogiri tahun 1944 sangat kemarau dan mengalami kekeringan yang sangat parah, hal ini berbanding terbalik dengan perkiraan pemerintah. Kondisi alam seperti ini mengakibatkan penurunan produksi geplek hingga 50%. Produksi geplek yang sangat kurang ini tetap wajib disetorkan kepada pemerintah. Bencana kekeringan dan pengumpulan paksa geplek menyebabkan terjadi kekurangan pangan di wonogiri. Kondisi ini mencapai puncaknya pada bulan September dan Oktober 1944. Penduduk wonogiri terpaksa memakan “sesuatu” yang tidak layak dimakan seperti bonggol pisang dan bonggol sante yang gatal. Kondisi seperti ini juga diderita oleh masyarakat di Boyolali, Klaten, dll. Penyakit busung lapar dan angka kematian meningkat dengan pesat terutama di daerah Slogohimo, Purwantoro, dan Jatipurwo.⁹¹

C. Periode Awal Kemerdekaan (1945-1950)

Pada tahun 1945-1950 masyarakat Indonesia berada dalam suatu periode transisi. Masa peralihan dari periode perang ke masa kemerdekaan membawa

⁹⁰Nugroho Ari Pranata, *Op Cit*, hlm.40.

⁹¹Julianto Ibrahim, *Op Cit*, hlm 40-42.

perubahan dalam setiap sendi kehidupan berbangsa dan bernegara. Masyarakat Indonesia, terutama yang tinggal di perkotaan ketika itu berada dalam kondisi yang begitu berat akibat hancurnya pemukiman penduduk, sarana perkantoran, gedung-gedung pemerintahan, fasilitas umum, dan ruang-ruang rekreasi, namun periode ini juga membawa harapan baru yakni bahwa mulai saat ini bangsa Indonesia telah merdeka dan memiliki hak untuk menentukan nasibnya sendiri.⁹²

Kebijakan kesehatan masa itu hanya sebatas upaya kebutuhan perang selama revolusi. Kedaulatan Indonesia baru diakui oleh Belanda tahun 1949 dengan terbentuknya Republik Indonesia Serikat (RIS). Pada masa inilah awal dibangunnya sistem kesehatan nasional Indonesia. Kementerian kesehatan Hindia Belanda telah meninggalkan beberapa rumah sakit dan balai pengobatan umum ataupun khusus sebagai upaya kuratif. Sementara upaya preventif diupayakan secara terpisah melalui lembaga-lembaga ilmiah kesehatan serta lembaga-lembaga pemberantasan penyakit menular dan penyakit rakyat.⁹³ Namun kebanyakan aset-aset penting peninggalan Belanda seperti perkebunan dan lembaga penelitian terbengkalai. Tidak heran jika tatanan yang pernah dibangun di zaman kolonial sepertinya ambruk di masa awal kemerdekaan. Pemerintah repot mempertahankan kemerdekaan dari aspek peperangan dan sosial sementara modal penting untuk pembangunan sebuah bangsa-bangsa baru terabaikan begitu saja. Modal penting

⁹² Gregorius Andika Ariwibowo, "Pendidikan Selera, Perkembangan Budaya Makan dalam Rumah Tangga Urban di Jakarta pada Periode 1990-an", *Jurnal: Petenjala*, Vol. 7, No. 2 Juni 2015, hlm. 314.

⁹³ Baha'uddin, "Politik Kesehatan Masyarakat di Indonesia Pasca Kemerdekaan", *Jurnal: Lembaran Sejarah*, Vol. 1, No. 2, 1997/1998, hlm. 4.

itu sebenarnya adalah pemikiran menyeluruh untuk memulai pembangunan sebuah bangsa melalui makanan.⁹⁴

Selain persoalan diatas, faktor yang menyebabkan kemunduran ekonomi Indonesia juga mengakibatkan kesengsaraan bagi bangsa yang baru saja merdeka. Keadaan ekonomi masih sangat kacau yaitu terjadinya yang disebabkan karena beredarnya mata uang Jepang secara tidak terkendali (4 miliar). Pemerintah tidak dapat menyatakan bahwa mata uang Jepang tidak berlaku, hal ini karena negara sendiri belum memiliki mata uang sebagai penggantinya. Maka dari itu pemerintah Republik Indonesia menetapkan tiga mata uang di Republik Indonesia yaitu *De Javasche Bank*, mata uang Belanda dan mata uang Jepang.⁹⁵

Hal-hal tersebut diatas tentu secara tidak langsung berdampak pada kesehatan rakyat, kondisi gizi rakyat Indonesia pada pasca kemerdekaan tidak terlalu baik disebabkan masih banyak rakyat Indonesia yang berada dibawah garis kemiskinan dan kurangnya ilmu pegetahuan tentang pentingnya gizi untuk membentuk suatu bangsa yang kuat, penyebab hal ini tak lepas dari penjajahan yang dilakukan selama ratusan tahun yang sangat menyengsarakan rakyat Indonesia.⁹⁶ Sesudah Jepang menyerah, segera Pemerintah Republik Indonesia membentuk organisasi jawatan Pengawasan Makanan Rakyat (PMR) yang berada dibawah Kementerian Kemakmuran Rakyat. Secara teknis, kerja PMR ini

⁹⁴Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara*, *Op Cit*, hlm. 222.

⁹⁵ Marwati Djoened Poesponegoro dan Nugroho Nutosusanto, *Sejarah Nasional Indonesia jilid VI*, (Jakarta: Balai Pustaka, 2008), hlm. 272-273.

⁹⁶Bambang Hartanto, *Op Cit*, hlm. 7.

melanjutkan pekerjaan dari SKZ yang beroperasi pada masa pendudukan Jepang dan VMF yang bekerja selama periode kolonial. PMR mengikuti prosedur SKZ yaitu para petani diwajibkan untuk menyerahkan 20% panen padinya.⁹⁷

Selama revolusi Indonesia, usaha mendapatkan beras dikontrol oleh dua belah pihak, Indonesia dan Belanda. Pengadaan beras Indonesia dikontrol oleh PMR, sedangkan dipihak Belanda dikontrol oleh *Dutch formed the Voedingsmiddelenfonds* (VMF).⁹⁸ Meski demikian, didaerah-daerah yang berada dibawah kontrol republik, sistem pengumpulan padi dan beras tidak berjalan sama sekali.⁹⁹ Tantangan yang dihadapi PMR nyatanya lebih berat dibandingkan lembaga pada masa sebelumnya. PMR harus mengurus bahan makanan dengan wilayah administrasi lebih luas (bukan hanya di Jawa). Jumlah penduduk yang bertambah banyak harus dicukupi bahan makanannya, serta mulai munculnya kebijakan nasionalisasi aset-aset asing khususnya perkebunan.¹⁰⁰

Untuk daerah-daerah yang berada dibawah kontrol Sekutu, situasi sedikit berbeda walaupun hasil yang dicapai sama. Karena pemerintah kolonial tidak memiliki kontrol atas daerah pedesaan, ia sangat bergantung pada beras import. Meski demikian, selama tahun 1946-1947 beras sangat sulit diperoleh di pasar dunia sehingga membuat Biro Pangan Bersama (*Combined Food Board*) di

⁹⁷Jan Luiten van Zanden dan Daan Marks, *Op Cit*, hlm. 287.

⁹⁸Naviyanto, *Op Cit*, hlm. 62.

⁹⁹Loc Cit, hlm. 287.

¹⁰⁰Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara*, *Op Cit*, hlm. 220.

Wahington membuat ketentuan tentang alokasi produk-produk pangan di pasar dunia.¹⁰¹

Kekurangan pangan juga diakibatkan oleh masalah tenaga kerja terampil dan uang untuk pembiayaan pembelian beras masih sangat kurang ditambah lagi adanya gerombolan-gerombolan liar yang mencoba merampas komoditas tersebut untuk dijual di pasar gelap. Hal ini menjadi salah satu alasan terjadinya beberapa kelaparan tahun 1946 di beberapa bagian wilayah Jawa dan Sumatera. Secara keseluruhan suplai makanan per kapita pada tahun 1946 tidak jauh lebih tinggi dibandingkan tahun 1944 dan 1945.¹⁰²

Pada Juli 1947, Belanda melancarkan agresi militernya yang pertama. Serangan ini sebagian dilakukan untuk merespon blokade makanan yang dilakukan Republik karena prospek rendah untuk suplai makanan di daerah-daerah yang dikuasai tentara kolonial dan kemungkinan untuk merampas cadangan beras di wilayah yang dikuasai republik. Aksi tersebut cukup berhasil dari sudut pandang militer, namun tentara republik melakukan strategi bumi hangus yang menyebabkan 40 persen penggilingan beras dan gudang beras terbakar.¹⁰³

Selama perang kemerdekaan antara tentara Republik dengan tentara Belanda menyebabkan kemunduran produksi pangan. Indonesia juga semakin mengalami

¹⁰¹*Ibid.*, hlm. 287.

¹⁰²*Loc Cit*, hlm. 286-287.

¹⁰³*Ibid.*, hlm. 288.

kekurangan pangan akibat banyaknya pengungsi karena perang dan juga lahan yang tidak subur.¹⁰⁴

Dari penjelasan permasalahan-permasalahan pangan yang terjadi di atas, dapat dibayangkan bagaimana kondisi gizi masyarakat yang sangat memprihatinkan. Keadaan makanan masih kurang memenuhi syarat-syarat gizi yang baik terbukti dari rata-rata jumlah konsumsi kalori yang rendah pada beras serta rendahnya konsumsi vitamin A yang terdapat pada sayur-sayuran hijau, buah-buahan, daging dan telur. Keadaan makanan yang kurang memenuhi syarat-syara gizi yang baik selain dipengaruhi oleh kelangkaan dan mahalnya harga beras, juga disebabkan oleh tingkat ekonomi yang rendah, penghasilan yang rendah, sering adanya pantanga-pantangan dalam mengkonsumsi suatu makanan yang memiliki nilai gizi tinggi contohnya seperti memakan daging anak akan cacingan.¹⁰⁵ Gejala-gejala gizi buruk sering terlihat pada orang-orang dewasa dan anak-anak di pinggir jalan. Anak-anak yang kurus dan tidak bersemangat ini sering dijumpai di sekolah-sekolah di luar kota. Mereka dianggap *indolen* dan lebih parahnya lagi indolensi dianggap sebagai sifat asli orang Indonesia. Gejala –gejala ini disebabkan oleh kekurangan kalori/ protein.¹⁰⁶

Pemerintah saat itu belum menyadari akan pentingnya gizi bagi masyarakat agar menjadi bangsa yang kuat. Hal ini disebabkan karena Indonesia sejak tahun

¹⁰⁴ Nawiyanto, *Op Cit*, hlm. 61.

¹⁰⁵ Poerwo Soedarmo, *Research di Indonesia (bidang kesehatan)*, (Jakarta: Balai Pustaka, 1965), hlm. 286.

¹⁰⁶ Poerwo Soedarmo, *Gizi dan Saya, Op Cit*, hlm. 28-29.

1939, sepuluh tahun lamanya terisolasi total oleh perkembangan keilmuan dunia.

Untuk Indonesia masa isolasi malah harus diperpanjang lagi sampai tahun 1950 karena perang kemerdekaan terhadap Belanda. Selama itu tidak ada publikasi-publikasi masuk, apalagi informasi perseorangan. Sebaliknya ilmu pengetahuan gizi berkembang sangat pesar di Eropa pada tahun 1940-1950.¹⁰⁷

Sepanjang tahun 1947-1950, dibuatlah rencana Produksi tiga Tahun (Plan Kasimo) oleh Menteri Urusan Bahan Makanan (Ignatius Joseph Kasimo). Tujuan dibentuknya Plan Kasimo adalah untuk menanggulangi permasalahan pangan Indonesia masa pasca kemerdekaan (1945-1950). Seluas 281.000 hektar lahan-lahan kosong di Sumatera Timur (Deli, Langkat, Binjai dan Medan saat ini) dialihfungsikan menjadi lahan produksi pangan mencakup beras, jagung, ketela, kacang tanah, kedelai, ikan dan daging.¹⁰⁸

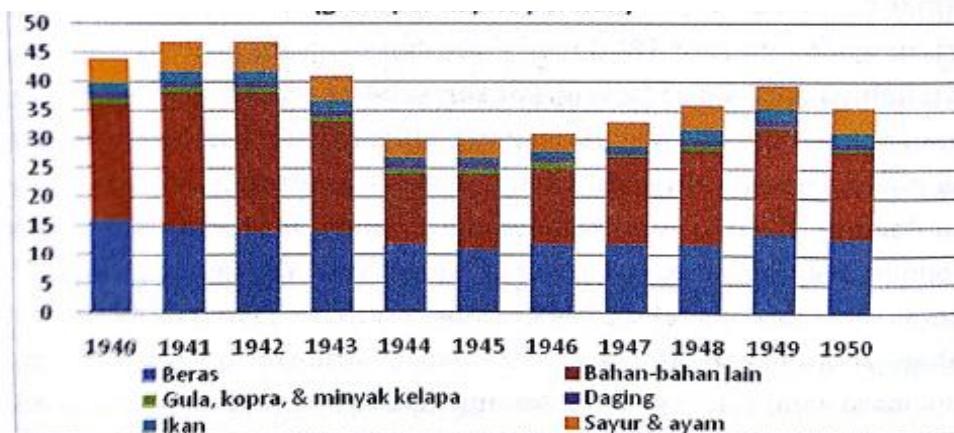
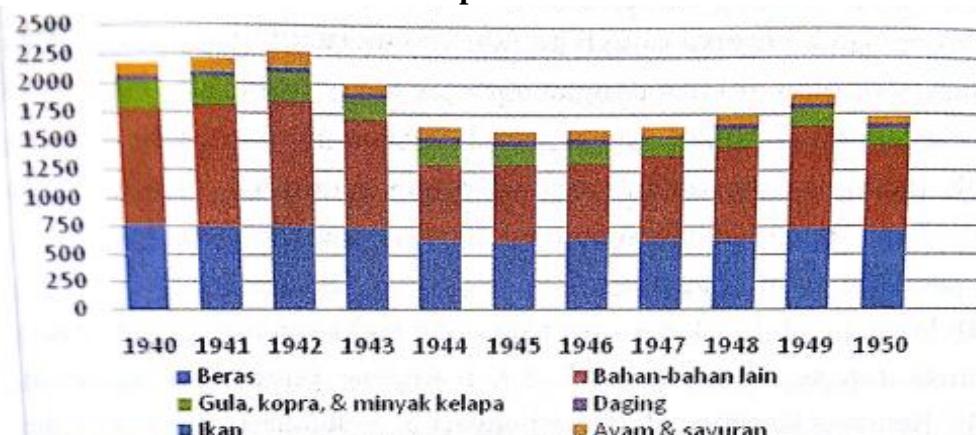
Di Jawa produksi dan konsumsi bahan makanan terus mengalami peningkatan sejak tahun 1947 dan mencapai puncaknya di tahun 1949. Rencana Kasimo cukup mempengaruhi perbaikan rata-rata asupan kalori dan protein setiap orang di masa krisis (1944-1945) yang hanya berjumlah 1.500-1.550 Kkal per hari dan 30 gram protein per hari menjadi rata-rata 1800 Kkal per hari.¹⁰⁹

¹⁰⁷*Ibid.*,hlm. 29.

¹⁰⁸Fadly Rahman, *Jejak Rasa Nusantara, Op Cit*, hlm.224-225.

¹⁰⁹*Ibid.*,hlm. 245.

Grafik 1:
Asupan kalori di Jawa, 1945-1950
Kkal per hari



Sumber Grafik: Pierre van der Eng, “Food Supply in Java during War and Decolonisation, 1940-1950”, Munich Personal RePEc Archive, MPRA Paper No. 8852, (Mei 2008), hlm. 26-27. Dalam Buku Fadly Rahman: Jejak Rasa Nusantara (Sejarah Makanan Indonesia), 2016.

Dari grafik diatas, dapat disimpulkan bahwa tingkat konsumsi kalori dan protein masyarakat Indonesia masa kolonial masih sangat baik yaitu mencapai 2250 kalori yang dikatakan Poerwo Soedarmo sebagai batas minimum konsumsi kalori per hari untuk membentuk tubuh yang sehat dan kuat, namun konsumsi

kalori mengalami penurunan yang sangat drastis saat masuknya tentara Jepang (1943-1945). Masa-masa ini disebut masa kritis karena kondisi gizi masyarakat sangat terbelakang dipengaruhi oleh kurangnya tingkat konsumsi pangan sehingga jumlah kalori hanya 1500 Kkal. Kondisi seperti ini disebut oleh Poerwo Soedarmo sebagai golongan tidak sehat namun tidak sakit. Tahun 1944-1950 tingkat konsumsi kalori dan protein mengalami fluktuasi meskipun terjadi peningkatan pada tahun 1949. Bisa jadi terjadinya peningkatan konsumsi kalori tahun 1949 yang lebih dari 1750 Kkal disebabkan oleh Rencana Produksi Tiga Tahun (Kasimo Plan) yang baru nampak dampak positifnya.

BAB IV

KESIMPULAN

Di Indonesia, pemberantasan penyakit sudah terjadi semenjak jauh-jauh hari sebelum Indonesia merdeka. Sebelum masuknya ilmu kesehatan barat, rakyat sudah mengenal pengobatan alami seperti menggunakan ramuan-ramuan yang sangat berkhasiat, bahkan hingga sekarang pun pengobatan tradisional masih berlangsung pada beberapa masyarakat Indonesia. Kemudian setelah masuknya bangsa barat ke Indonesia, barulah terjadi pengenalan pengobatan yang lebih modern dari sebelumnya. Pada awalnya, pengobatan masa Hindia Belanda hanya diperuntukkan bagi tentara-tentara Belanda dan orang-orang Belanda saja dengan membentuk *Militair Geneeskundige Diest (MGD)*. Kemudian setelah dicanangkannya politik etis, pemberantasan penyakit merata sampai kepada pribumi. Pada masa tersebut pemerintah masih memberantas penyakit menular yang sangat berbahaya. Contohnya seperti kolera, cacar, malaria, dan lain-lain.

Pada permasalahan gizi, pemerintah Hindia Belanda membentuk *Instituut voor Volksvoeding* tahun 1934 yang dikepalai oleh dr. van Veen. IVV berada dibawah lembaga Eijkman. Pada masa ini dilakukannya penelitian mengenai gizi dan juga adanya penemuan vitamin oleh IVV. Penyelidikan di bidang gizi masa ini menunjukkan banyak masyarakat Indonesia terkena *oedema eteng*, busung lapar dan kebutaan. Penelitian di Gunung Kidul menemukan bahwa penyebab terjadinya

permaslahan gizi karena masyarakat masih kurang mengkonsumsi beras serta sayur-sayuran yang membentuk gizi pada tubuh. Sebenarnya sudah banyak dilakukan, namun banyak hasil penyelidikan yang dirahasiakan dan hanya merupakan dokumentasi ilmiah. Penelitian IVV berakhir sejalan dengan masuknya bangsa Jepang ke Indonesia.

Rata-rata gizi masyarakat Indonesia masa Hindia Belanda dapat dikatakan baik karena tingkat konsumsi kalorinya 2250 Kkal, namun semakin mengalami penurunan saat pendudukan Jepang yang tingkat konsumsi kalorinya 1500 Kkal. Hal ini disebabkan karena perampasan makanan utama rakyat yaitu beras untuk kepentingan perang Asia Timur Raya. Karena kekurangan pangan, maka rakyat Indonesia beralih konsumsinya dari beras kepada singkong yang sebenarnya singkong hanya sebagai pengandal perut saja, karena nutrisi yang terkandung didalamnya hampir tidak ada. Hal ini menyebabkan kesengsaraan rakyat karena rakyat mengalami kelaparan yang luar biasa serta meningkatnya jumlah kematian karena kelaparan dan penyakit.

Kemudian sepanjang tahun 1945-1949 masih belum terlihat peningkatan yang signifikan, hal ini mungkin disebabkan oleh Perang Kemerdekaan yang terjadi di Indonesia. Pengadaan beras juga dikuasai oleh dua pihak, yaitu Pemerintahan Indonesia dan Belanda. Kekurangan pangan di Indonesia juga disebabkan banyaknya pengungsi perang dan juga banyaknya lahan yang tak subur. Asupan kalori pada masa-masa sulit itu masih 1500 Kkal, sedikit lebih baik dari masa pendudukan Jepang. Hanya tahun 1949 mengalami peningkatan mencapai 1750 Kkal. Peningkatan

terjadi karena adanya program Kasimo Plan untuk memperluas lahan pertanian agar mencukupi kebutuhan kalori masyarakat Indonesia dimasa sulit.

Setelah Indonesia merdeka, fokus utama pemerintah Indonesia adalah memperbaiki gizi masyarakat Indonesia. Dapat dilihat kondisi masyarakat Indonesia sangat memperihatinkan, terlepas dari penjajahan yang terjadi selama ratusan tahun masalah lain yang mengakibatkan gizi buruk adalah masalah pangan. Pada awal kemerdekaan, jumlah penduduk Indonesia semakin bertambah namun hasil produksi padi masih belum mencukupi kebutuhan masyarakat Indonesia, hal ini menyebabkan kelaparan terjadi dimana-mana hingga kekurangan gizi pada masyarakat Indonesia. Untuk memberantas masalah gizi ini, pemerintah membentuk Lembaga Makanan Rakyat tahun 1950 yang di kepala oleh Prof. Poerwo Soedarmo, namun karena kondisi masyarakat Indonesia saat itu rata-rata masih buta aksara dan kurang mampu, maka beliau membentuk kader-kader pendidikan gizi dimana nantinya mereka yang akan langsung berinteraksi dengan masyarakat dengan membentuk Akademi nutrisionis dan Sekolah Juru Penerangan. Untuk memperbaiki tingkat konsumsi masyarakat yang sangat mempengaruhi gizi, maka Poerwo Soedarmo menciptakan slogan “Empat Sehat Lima Sempurna” tahun 1950. Slogan tersebut diciptakan untuk menyadarkan gizi masyarakat Indonesia. Karena makanan pokok untuk membentuk gizi yang baik terbilang mahal sat itu, maka LMR menganjurkan untuk menggantinya dengan makanan yang lain yang murah namun setara kadar proteinnya. Misalnya seperti daging yang diganti dengan tempe untuk mencukupi konsumsi protein individu per hari. LMR menganjurkan makanan bergizi adalah makanan-makanan

yang mudah didapat, sudah dikenal oleh masyarakat Indonesia serta hemat pengeluarannya.

Sepanjang tahun 1950-1960, tingkat konsumsi masyarakat Indonesia cenderung fluktuatif. Poerwo Soedarmo mengatakan bahwa standar konsumsi kalori minimum per-orang adalah 2250 kalori, namun pada kenyataannya tahun 1952 konsumsi kalori masyarakat per-orang masih 1750 kalori (terjadi peningkatan dari tahun sebelumnya yang hanya 1500 Kkal), masih sangat kurang. Sepanjang tahun 1950-1960, tingkat konsumsi kalori masyarakat Indonesia rata-rata hanya 1750, namun semakin mengalami peningkatan yang signifikan tahun 1958-1960, yaitu lebih dari 1750 Kkal. Peningkatan ini bisa jadi karena usaha LMR yang baru nampak dampak positifnya.

Pada tahun 1960, Dradjat D. Prawiranegara diangkat sebagai Pimpinan Lembaga Makanan Rakyat (LMR) menggantikan Prof. Poerwo Soedarmo, sedangkan Poerwo Soedarmo mencerahkan perhatiannya sebagai Kepala Bagian Ilmu Gizi (FKUI). LMR memperkuat staffnya dengan nutrisionis-nutrisionis, dan menyebarkan lebih banyak tenaga-tenaga gizi ke daerah-daerah, baik dipekerjakan di Rumah-rumah Sakit maupun Dinas Kesehatan Rakyat.¹⁷²

Hingga sekarang pun masih sering kita mendengarkan pedoman “Empat Sehat Lima Sempurna” meskipun sekarang slogan itu sudah diganti dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang. Empat sehat lima sempurna sudah dianggap tidak sesuai lagi untuk masyarakat Indonesia karena permasalahan gizi sekarang bukan lagi masalah

¹⁷² Poerwo Soedarmo, *Gizi dan Saya*, (Jakarta: FKUI, 1995), hlm.61.

gizi buruk, melainkan memerangi kelebihan gizi (*obesitas*). Maka dari itu, pedoman umum gizi seimbang dianggap lebih cocok untuk kehidupan masa sekarang.

KEPUSTAKAAN

Buku :

- Andreas Maryoto. 2009. *Jejak Pangan: Sejarah, Silang Budaya, dan Masa Depan*. Jakarta: Kompas.
- Anton Lucas. 1989. *Peristiwa Tiga Daerah: Revolusi Dalam Revolusi*. Jakarta: Pustaka Utama Grafiti.
- Bambang Hartanto. 2011. *Promosi Kesehatan: Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta
- Departement Gizi dan Kesehatan Masyarakat, FKM UI. 2012. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Djamaluddin Malik Concern. 1953. *Alamanak Pertanian 1959*. Djakarta: Badan Usaha Penerbit Alamanak Pertanian.
- Endang Soen. 1950. *Resep Masakan Sehari-hari*. Surabaya : Karya Anda.
- Fadly Rahman. 2016. *Jejak Rasa Nusantara (Sejarah Makanan Indonesia)*. Jakarta: Gramedia.
- Fadly Rahman. 2016. *Rijsttafel: Budaya Kuliner di Masa Kolonial (1970-1842)*. Jakarta : Gramedia.
- Jan Luiten van Zanden dan Daan Marks. 2012. *Ekonomi Indonesia 1800-2010 (Antara Drama dan Keajaiban Pertumbuhan)*. Jakarta: Kompas.
- J.S. Furnivall. 1967. *Neaderlands Indie A Study of Plural Economy*. Cambridge: University Press.
- Kilander dan Hermana. 1967. *Empat Sehat Lima Sempurna (Ilmu Gizi) jilid I*. Djakarta: C.V Yasaguna.
- Kilander dan Hermana. 1968. *Empat Sehat Lima Sempurna (Ilmu Gizi) jilid II*. Djakarta: C.V Yasaguna.
- Kuntowijoyo. 1995. *Pengantar Ilmu Sejarah*. Yogyakarta: Bentang Budaya.
- Mestika Zed. 2017. *Hand Out Seri Bacaan Metode Sejarah*. Jurusan Sejarah: Universitas Negeri Padang.
- Onghokham. 1986. *Runtuhnya Hindia Belanda*. Jakarta: Gramedia.