



Available online at **HISTORIA**; Jurnal Pendidik dan Peneliti Sejarah
Journal homepage: <https://ejournal.upi.edu/index.php/historia>



RESEARCH ARTICLE

Kampanye Higienitas di Sekolah Desa dan Politik Kesehatan Kolonial di Keresidenan Semarang Tahun 1929–1933

Rara Rastrri Widyakinasih, Yuda Benharry Tangkilisan

Departemen Sejarah, Fakultas Ilmu Pengetahuan Budaya, Universitas Indonesia

Correspondence Author: rastrirara@gmail.com

To cite this article: Widyakinasih, R.R., Tangkilisan, Y.B. (2025). Kampanye Higienitas di sekolah desa dan politik kesehatan kolonial di keresidenan semarang tahun 1929–1933. *HISTORIA: Jurnal Pendidik dan Peneliti Sejarah*, 8(1), 39-52. <https://doi.org/10.17509/historia.v8i1.83022>.

Naskah diterima : 7 Februari 2025, Naskah direvisi : 7 April 2025, Naskah disetujui : 30 April 2025

Abstract

This research examines the *Medisch Hygiënisch Propaganda* program and its impact on students at Village Schools in the Semarang Residency between 1929–1933. This campaign was part of the Dutch colonial health policy, a collaboration with Rockefeller Foundation to address the widespread health issues in Java since the late 19th century, such as yaws, hookworm, malaria, and other infection diseases. The widespread outbreaks of disease were seen as a threat to labor productivity, prompting the government to be more proactive in health promotion, including targeting students at the elementary level. This study employs a historical method, utilizing primary sources such as publications from the Dutch East Indies Civil Health Department, official reports by Dr. M. Thierfelder Thillot, the photo album program *Medisch Hygienische Propaganda*, and contemporary newspapers *De Indische Courant*, obtained from the National Archives of the Republic of Indonesia, the digital collection of Leiden University, and Delpher. This study demonstrates that the implemented program had a significant impact on improving hygiene knowledge, particularly in the *Regenscap* of Kendal, Demak, and Grobogan. This research is expected to contribute new insights to the historiography of children and health in Indonesia, especially regarding colonial health policies in addressing public health issues. Furthermore, this research is relevant for understanding the historical roots of modern health campaigns.

Keywords: Children; Health Campaign; *Medisch Hygiënisch Propaganda*; Semarang; Village School.

Abstrak

Penelitian ini mengkaji program *Medisch Hygiënisch Propaganda* dan dampaknya terhadap siswa Sekolah Desa di Karesidenan Semarang antara tahun 1929 hingga 1933. Kampanye ini merupakan bagian dari politik kesehatan kolonial Belanda, hasil kolaborasi dengan *Rockefeller Foundation* untuk menanggulangi masalah kesehatan yang marak terjadi di Jawa sejak akhir abad ke-19, seperti frambusia, cacing tambang, malaria, dan penyakit menular lainnya. Wabah penyakit yang meluas dianggap sebagai ancaman terhadap produktivitas tenaga kerja sehingga mendorong pemerintah untuk lebih aktif dalam promosi kesehatan termasuk menysasar kalangan siswa sekolah dasar. Penelitian ini menggunakan metode sejarah dengan memanfaatkan sumber primer berupa terbitan Dinas Kesehatan Sipil Hindia Belanda, laporan resmi Dr. M. Thierfelder Thillot, album foto program *Medisch Hygienische Propaganda*, serta surat kabar sezaman *De Indische Courant* yang didapat dari dari Arsip Nasional Republik Indonesia, koleksi digital Universiteit Leiden dan delpher. Kajian ini menunjukkan bahwa program yang dijalankan berdampak signifikan bagi peningkatan pengetahuan kebersihan terutama di *Regenscap* Kendal, Demak, dan Grobogan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan baru bagi historiografi anak dan kesehatan di Indonesia, khususnya terkait politik kesehatan kolonial dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat. Lebih lanjut, Penelitian ini relevan untuk memahami akar historis kampanye kesehatan modern

Kata Kunci: Anak; Kampanye Kesehatan; *Medisch Hygiënisch Propaganda*; Sekolah Desa; Semarang.

PENDAHULUAN

Penerapan program Politik Etis pada awal abad ke-20 memicu kesadaran kesehatan di kalangan masyarakat Hindia Belanda. Kasus-kasus penyakit seperti frambusia, malaria, cacing tambang yang banyak berkembang di pedesaan Jawa awal abad ke-20 mendorong pemerintah kolonial Hindia Belanda mulai serius terhadap aspek kesehatan masyarakat. Upaya serius ini ditandai dengan dilakukannya penyelidikan tentang sebab-sebab berkurangnya kesejahteraan (*Mindere Welvaarts Onderzoek*) di Jawa mulai tahun 1902 (Boomgaard, 1986, hlm. 58–59; Furnivall, 1948). Pemberian bantuan sejumlah f 30 juta dari pemerintah kolonial sebagai bentuk penerapan Politik Etis dimaksudkan untuk memperbaiki masalah-masalah kesehatan masyarakat khususnya di Jawa (Cribb, 1933, hlm. 23). Di sisi lain, tingginya angka kematian bayi (mortalitas) menjadi masalah serius dalam hubungannya dengan pertumbuhan penduduk pada waktu itu (Tillema, 1921, hlm.336), sehingga Cribb menganggap bahwa masalah kesehatan penduduk menjadi bagian dalam upaya menyejahterakan masyarakat.

Reorganisasi lembaga kesehatan dengan memisahkan institusi kesehatan militer dan masyarakat sipil pada tahun 1911 menjadi pijakan awal dari program-program kesehatan yang lebih luas, salah satunya adalah propaganda kesehatan. Adanya wabah kolera di Batavia tahun 1911 menjadi pemicu perintisan propaganda kesehatan di Hindia Belanda, dengan dibentuk *Hygiene Commissie* yang melakukan berbagai kegiatan seperti vaksinasi, penyediaan air minum bersih, dan anjuran untuk meminum air matang (Uddin, 2016, hlm.2) Sejak 1916 konsentrasi *Dienst der Volks Gezondh* (DVG) adalah fokus pada upaya pencegahan (higienis-profilaksis) alih-alih tindakan penyembuhan. Tahun 1920 menandai awal dimulainya kerja propagandis dengan diangkatnya seorang penasihat propaganda kesehatan. Meskipun jabatan tersebut dihapuskan tahun 1923 akibat pemotongan anggaran dan kurangnya penghargaan, hal ini tidak berpengaruh terhadap masa awal implementasi propaganda kesehatan di Jawa saat itu (Boomgaard, 1986, hlm.73). Pada 1920 propagandis mulai melakukan pendidikan kesehatan kepada rakyat melalui media seperti penerbitan, penyebar luasan gambar dinding, dan pemutaran film kesehatan. Penduduk Jawa untuk pertama kalinya secara massal diperkenalkan pada masalah kesehatan, mulai dari cara hidup sehat, hingga pengenalan sekaligus cara penanggulangan beberapa penyakit yang sering menjangkiti mereka (Uddin, 2016, hlm.3).

Meskipun sempat berhenti sejenak tahun 1923 akibat penghematan anggaran, program rintisan ini dilanjutkan kembali tahun 1924–25 dengan bantuan pendanaan dari Yayasan Rockefeller (Boomgaard, 1986, hlm.73). Pemerintah menyadari bahwa contoh langsung mengenai gaya hidup bersih lebih efektif dibandingkan melalui penerbitan, sebab sebagian masyarakat bumiputra saat itu belum melek huruf dan kesulitan memahami konsep abstrak. Untuk itu, pada tahun 1929 diputuskan untuk melaksanakan kampanye kesehatan yang kemudian dinamakan *Medisch-Hygiënisch-Propaganda* (MHP) kepada kaum muda jenjang Sekolah Desa di Semarang, dengan *Regentschap* Kendal sebagai wilayah uji coba. Pengendalian cacing tambang menjadi upaya paling awal yang dilakukan di wilayah tersebut (Thillot, 1934, hlm.207).

Kajian mengenai kampanye kesehatan masa kolonial telah banyak dilakukan oleh para peneliti sejarah. Meskipun demikian fokus bahasan sejarah kesehatan masih menjadi topik yang tergolong baru khususnya di Indonesia. Amalia (2024) dalam penelitiannya mengeksplorasi kampanye higienitas di kota-kota Jawa secara umum pada rentang waktu 1900–1942. Penelitian ini memberikan perspektif yang lebih luas terkait berbagai upaya edukasi kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, seperti *Nederlandsch Zending Genootschap* atau Serikat Misionaris Negeri Belanda, maupun pemerintah kolonial Belanda melalui *Burgerlijke Geneeskundige Dienst* atau Dinas Kesehatan Rakyat (Amalia, 2024). Selanjutnya adalah artikel jurnal yang ditulis Baha' Uddin berjudul *Propaganda Kesehatan Rockefeller Foundation di Jawa Akhir Masa Kolonial*. Penelitian ini membantu penulis dalam menemukan jawaban terkait peran *Rockefeller Foundation* bagi kampanye medis di Sekolah Desa tahun 1920–1933 sesuai fokus kajian penulis (Uddin, 2016).

Berikutnya merupakan karya milik Kurniarini, dkk (2015) berjudul *Pelayanan dan Sarana Kesehatan di Jawa Abad XX*. Kajian ini memberikan informasi komprehensif tentang bagaimana pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20 berkembang pesat, termasuk membahas tenaga medis, rumah sakit, serta fasilitas kesehatan yang sedang gencar dikembangkan (Kurniarini et al., 2015). Karya yang sangat bermanfaat bagi studi sejarah kesehatan di Indonesia ditulis oleh Muhsin (2012) berjudul *Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Pemerintahan Hindia Belanda* (Muhsin, 2012). Artikel ini selain memberikan konteks perjalanan kajian sejarah di Indonesia, juga merupakan pintu gerbang dalam mengakses berbagai sumber sejarah

berkenaan dengan area kajian sejarah kesehatan. Beberapa diantara yang kemudian digunakan penulis sebagai sumber adalah *Geneeskundig Tijdschrift Voor Nederlandsch-Indië*, dan publikasi dari *Burgerlijke Geneeskundige Dienst*.

Sejarawan Eropa, Liesbeth Hesselink (2011) dalam karyanya berjudul *Healers on the Colonial Market: Native Doctors and Midwives in the Dutch East Indies* (Liesbeth, 2011) memberikan pemahaman yang mendalam bagi penulis tentang elemen-elemen yang terlibat dalam 'Pasar Medis' meliputi dokter, bidan, mantri perawat, hingga dukun. Ia menyebut pelatihan dokter melalui STOVIA, maupun pelatihan bidan merupakan proyek besar yang perlu dilaksanakan secara kontinu untuk mengubah pemahaman masyarakat tradisional tentang narasi takhayul (bidang kesehatan) yang biasanya disampaikan oleh dukun. Penelitian ini bermanfaat memberikan konteks historis tentang politik kesehatan kolonial di Jawa pada masa awal perkembangannya. Selanjutnya, Peter Boomgard (1986) dalam karyanya *The Welfare Services In Indonesia, 1900-1942* berusaha menjelaskan bahwa perawatan kesehatan merupakan bagian dari upaya dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk (Boomgaard, 1986). Disinggung pula bahwa perhatian pemerintah kolonial Belanda terhadap kesehatan masyarakat merupakan bagian dari implementasi Politik Etis (1900-1942), yang juga mendorong penyelidikan tentang kemunduran kesejahteraan mulai tahun 1902 melalui sebuah komisi yang disebut *Mindere Welvaarts Commision*.

Keenam karya tersebut sayangnya belum ada yang menyinggung secara spesifik kampanye kesehatan yang fokus menasar level siswa atau anak-anak di Sekolah Desa, serta kaitannya dengan bantuan pendanaan dari Yayasan *Rockefeller*. Maka dari itu kebaharuan penelitian ini terletak pada kajian implementasi dan dampak kampanye kesehatan MHP terhadap siswa Sekolah Desa di Keresidenan Semarang (1929-1933). Selain itu, temuan sumber primer berupa laporan ketua program Dr. Thillot dan album foto program tersebut menjadi kontribusi signifikan.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, permasalahan utama dalam penelitian ini adalah bagaimana implementasi program MHP yang dikembangkan oleh kolaborasi antara Dinas Kesehatan Sipil Hindia Belanda dengan Yayasan *Rockefeller* di Keresidenan Semarang tahun 1929-1933?. Untuk menjawab permasalahan tersebut, maka diajukan beberapa pertanyaan spesifik. Pertama, bagaimana kondisi kesehatan di Jawa awal abad ke-20. Kedua, bagaimana implementasi program MHP di Sekolah Desa di Semarang tahun 1929-1933. Ketiga, bagaimana dampak dari program tersebut terhadap tingkat kesehatan

siswa di Sekolah Desa di Keresidenan Semarang. Kajian ini relevan dalam historiografi serta konteks masa kini, sebab bertujuan untuk memahami akar historis praktik kampanye kesehatan modern yang pernah dilakukan pada awal abad ke-20, khususnya yang menasar siswa sekolah di level dasar.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode sejarah. Pada tahap heuristik, peneliti menemukan sumber primer yang sangat signifikan bagi kebaharuan kajian ini berupa publikasi Dinas Kesehatan Sipil Hindia Belanda (*Burgerlijken Geneeskundig Dienst in Nederlandsch-Indië*), laporan ketua pelaksana program Dr. M. Thierfelder Thillot, dan album foto program *De Medisch-Hygienische Propaganda in het Regenscap Kendal*, serta majalah dan surat kabar sezaman *Ons Gezin*, dan *De Indische Courant*, yang berasal dari Arsip Nasional Republik Indonesia, koleksi digital Universiteit Leiden dan delpher. Sementara sumber sekunder yang meliputi *Geneeskundig Tijdschrift Voor Nederlandsch-Indië* (Jurnal Kedokteran Hindia Belanda), *Handbook of The Netherlands East-Indies*, *Algemeene Handelsblad voor Nederlandsch-Indië* (Majalah perdagangan umum Hindia Belanda), dan *The Encyclopedie van Nederlandsch Indie*. Sumber yang telah dikumpulkan memasuki tahap kritik sumber oleh peneliti untuk dinilai otentisitas dan kredibilitasnya. Pada tahap ini, peneliti perlu menilai dengan kritis sumber-sumber yang sebagian besar berbahasa Belanda untuk menghindari neerlandosentrisme. Sehingga pada tahap ini, peneliti perlu selalu berpijak pada koridor berfikir bahwa negara kolonial selalu menyandarkan diri pada dominasi, eksploitasi, deskriminasi, dan dependensi. Setelah lulus kritik sumber, peneliti menyusun kumpulan data yang masih berceceran untuk direkatkan satu sama lain (tahap interpretasi) dengan bantuan analisis teori strukturasi Antony Giddens. Dalam prakteknya, proses ini berjalan beriringan dengan dengan tahap historiografi atau penulisan sejarah.

Penelitian ini berlandaskan pada perspektif sejarah kolonial dan sejarah kesehatan, dengan lensa analisis teori strukturasi Anthony Giddens. Program MHP di Sekolah Desa yang diimplementasikan di Keresidenan Semarang pada periode 1929-1933 merupakan manifestasi nyata dari Politik Etis Belanda di Hindia Belanda, khususnya dalam bidang kesehatan. Kampanye ini tidak hanya sekadar program kesehatan, melainkan juga sebuah proyek sosial dan politik yang bertujuan membentuk subjek kolonial yang patuh, sehat, dan produktif yang pada akhirnya akan mendukung eksploitasi ekonomi

kolonial. Dalam konteks penelitian ini, ‘struktur’ yang dimaksud merujuk pada tatanan sosial dan budaya tradisionalisme Jawa, termasuk kepercayaan dan praktik kesehatan tradisional yang ada. Sementara itu, tokoh Dr. Thillot (ketua program MHP) yang terlibat langsung dalam program ini menjadi ‘agens’ bagi terciptanya perubahan, dari yang awalnya anak-anak belum memiliki pengetahuan kebersihan, menjadi memiliki pengetahuan kebersihan akibat penerapan MHP. Meskipun demikian, upaya ini tidak selalu berjalan mulus dan seringkali menimbulkan resistensi dari masyarakat lokal. Hasil dari kampanye ini beragam, meskipun terdapat indikasi penurunan angka penyakit tertentu dan peningkatan pengetahuan kesehatan di kalangan siswa, keberhasilan ini perlu ditelaah lebih lanjut. Selain itu, kesadaran siswa untuk ‘tidak takut lagi terhadap dokter’ bisa diinterpretasikan sebagai bentuk adaptasi atau bahkan akomodasi terhadap kekuasaan kolonial, bukan semata-mata penerimaan ideologi kesehatan modern. Pada akhirnya, tujuan utama kolonialisme bukanlah semata-mata kesehatan penduduk jajahan, melainkan optimalisasi kontribusi ekonomi dan politik mereka bagi kepentingan Belanda. Kesehatan penduduk dipandang sebagai sarana untuk mencapai tujuan tersebut, bukan tujuan itu sendiri.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kondisi Kesehatan di Jawa Awal Abad ke-20

Pembukaan lahan perkebunan, liberalisme ekonomi, serta perkembangan teknologi transportasi yang terjadi sejak abad ke-19 hingga awal abad ke-20 mendorong pertumbuhan kota-kota kolonial di Hindia Belanda (Nas et al., 2007). Peningkatan urbanisasi oleh orang Eropa (biasanya pengusaha serta pegawai pemerintah) dan bumiputra untuk bekerja di kota semakin memperparah kondisi tersebut. Hal ini menyebabkan munculnya permasalahan seperti kepadatan penduduk, perkampungan yang kumuh, sistem sanitasi yang tidak memenuhi standar kesehatan, dan buruknya akses terhadap air, serta iklim tropis yang menyebabkan bakteri lebih mudah menyebar (Budiman, 2022, hlm.264). Berbagai penyakit menular seperti cacar, kolera, influenza atau pandemi flu Spanyol, pes, dan kusta menyebar luas di Jawa pada awal abad ke-20 (Cipta, 2020). Misalnya, di Semarang pada 1901, sebanyak 2.480 orang meninggal karena kolera, dan jumlahnya memonjak signifikan pada 1910 menjadi 3.163 jiwa (Tillema, 1919, hlm.8–9). Sementara Breman menjelaskan bahwa selain disebabkan oleh penyakit, tingginya angka kematian juga disebabkan oleh malnutrisi atau kekurangan gizi, dan

kelaparan (Breman, 1971). Adanya kasus penyakit kolera yang termuat dalam majalah *Ons Gezin* (1911) membuat usaha menjaga kebersihan dan proses pencucian pada saat itu menjadi suatu hal yang dipertimbangkan. (Amalia, 2024, hlm.70)

Surat kabar *De Sumatra Post* (1935), memberitakan tentang persebaran penyakit kusta yang terjadi di daerah yang minim air. Dr. Roland Tumbelaka berpendapat bahwa harus dicari keterkaitan antara penyakit kusta dengan kebersihan masyarakat. Semakin naik kebersihannya, maka akan semakin kecil kemungkinan terjangkit kusta (Amalia, 2024, hlm.70) Sementara De Vogel, seorang dokter asal Semarang, menyebutkan bahwa penduduk pribumi tinggal di rumah tidak sehat, membuang kotoran ke sungai, mengonsumsi air tercemar, serta mandi dengan air sungai yang kotor. Ia menegaskan bahwa semua itu merupakan ancaman bagi penduduk Eropa. Penduduk pribumi dengan pola hidup yang tidak bersih itu berpotensi membawa bakteri ke kediaman penduduk Eropa (*Gemeente Semarang*, 1931).

Tillema, seorang apoteker Belanda yang hijrah ke Semarang tahun 1896 berpendapat bahwa kebersihan menduduki peringkat teratas dalam daftar prioritas pejabat pemerintah kota Semarang yang prihatin dengan dampak epidemi wabah kolera, serta tipus yang sering terjadi bahkan meningkat sejak akhir abad ke-19 (Tillema, 1913). Tahun 1910, Tillema duduk sebagai anggota dari *Gemeente Raad* (Dewan Kotapraja) Semarang. Dalam hal ini, ia memainkan peran penting dalam menyerukan perbaikan kondisi perumahan dengan peningkatan kondisi kesehatan masyarakat tradisional (kampung). Menurutnya, menjaga ventilasi, pencahayaan rumah, serta senantiasa menjaga kebersihan, serta membuang sampah yang benar merupakan cara-cara untuk mencegah wabah penyakit. Dalam skala yang lebih luas, ia menekankan pentingnya peraturan tata kota yang memadai untuk mengatur penataan pemukiman secara keseluruhan (Wijono, 2015, hlm.175). Upaya nya tersebut menunjukkan urgensi dalam mengatasi masalah penyebaran penyakit di Jawa yang semakin tidak terkendali. Pada awal abad ke-20, pemerintah benar-benar memusatkan perhatian pada berbagai upaya penanganan di bidang kesehatan, sejalan dengan kepentingan politik dan ekonominya.

Medisch Hygiënisch Propaganda di Sekolah Desa di Semarang, 1929–1933

Sejak 1924, MHP di Pulau Jawa diperkenalkan oleh pemerintah dengan dukungan dari Yayasan Rockefeller. Konsep propaganda yang dilakukan

Yayasan Rockefeller menggunakan pendekatan prinsip-prinsip pendidikan dan persuasi. Salah satu contohnya adalah melalui kegiatan penyuluhan kesehatan langsung kepada masyarakat desa, termasuk siswa Sekolah Desa di Keresidenan Semarang pada periode 1929–1933. Pendekatan ini melibatkan berbagai metode, seperti ceramah, demonstrasi, dan distribusi bahan-bahan informasi kesehatan (Uddin, 2016, hlm.12). Usulan direktur lembaga hewan Rockefeller, Dr. Heizer, untuk mengirim dokter Amerika ke Hindia Belanda guna mempelajari penyakit caceng tambang menjadi pendorong eksplorasi pengendalian caceng tambang pada masa itu (*De Indische Courant*, 1922). Hal ini sejalan dengan upaya edukasi masif yang dilakukan kepada masyarakat luas terkait wabah yang kasusnya terus meningkat

Beberapa nama yang tercatat dalam *Geneeskundig Tijdschrift Voor Nederlandsch-Indie* dan berperan dalam program MHP terutama adalah Dr. van Lonkuizen, Dr. Hydrik, Dr. Gothein, Dr. Bronstedt, Raden Mas Gombrek, serta ketua pelaksana program yaitu Dr. Thierfelder Thillot. (Prof. A. A. Mulock Houwer et al., 1934). Mereka menyadari bahwa tidak semua penyakit dapat ditangani secara efisien dan efektif—seperti karsinoma (kanker)—, sehingga mereka berfokus pada penyakit-penyakit yang besar kemungkinan dapat disembuhkan seperti frambusia, malaria, dan caceng tambang (Thillot, 1934, hlm.207). Dalam MHP, mereka segera menemukan pola serupa dengan pengalaman di tempat lain dalam menyebarkan propaganda atau kampanye kesehatan, yaitu bahwa orang-orang lanjut usia cenderung secara signifikan kurang terpengaruh oleh propaganda dibandingkan anak-anak atau remaja. Pemilihan target kampanye dalam program MHP di Sekolah Desa (1929–1933) tentu saja didasarkan pada temuan tersebut, selain juga dipengaruhi oleh muatan politik yang terkandung didalamnya. MHP pada perkembangan paling awal (akhir 1927/1928) mulai diterapkan di sekolah-sekolah di Surabaya dan Madioen.

Pada tahun 1929, Dr. Thillot ditugaskan untuk memperkenalkan program MHP di sekolah-sekolah di wilayah Semarang. Mengingat Kabupaten Kendal telah lebih dulu menerapkan program pengendalian caceng tambang sejak awal berdirinya MHP, maka daerah ini dipilih sebagai tempat uji coba untuk membandingkan efektivitas program tersebut dengan keresidenan lain, maupun antar kabupaten dalam Keresidenan Semarang itu sendiri (Thillot, 1934, hlm. 207). Begitu instruksi dilayangkan, dengan segera Dr. Thillot berdiskusi tentang persiapan program dengan bupati, asisten residen dan dokter setempat di Kendal. Kemudian diputuskan untuk

dilakukan tur keliling Sekolah Desa pada paruh kedua tahun 1929. Tujuan dari perjalanan ini adalah untuk mengetahui kebutuhan dan karakteristik generasi muda (anak-anak dan remaja) sehingga program MHP tepat sasaran sesuai kebutuhan (Thillot, 1934, hlm. 208). Disamping itu, para inisiator program sepakat bahwa keberhasilan dapat dicapai jika propagandis memahami mentalitas dan kebutuhan para siswa Sekolah Desa. Sciortino berpendapat bahwa propagandis umumnya merujuk pada mantri-perawat yang bertugas melakukan edukasi kepada guru dan siswa. Mereka terutama adalah laki-laki yang lebih mudah dipekerjakan di klinik rawat jalan daripada perempuan yang lebih terikat dengan rumah mereka. Para mantri-perawat juga disebut asisten dokter atau dokter desa (Sciortino, 1996, hlm.35-36). Namun sumber yang peneliti temukan menunjukkan hal yang berbeda. Dalam keterangan album foto program, istilah mantri-perawat dan propagandis berbeda. Dalam gambar 1 diterangkan bahwa terdapat istilah *mantri-verpleegster* (perawat perempuan), *mantri-verpleger* (perawat laki-laki), dan *propagandist* (propagandis). Propagandis membantu Dr. Thillot dalam menyampaikan tujuan penelitian kepada siswa Sekolah Desa, dilanjutkan pemeriksaan bagi siswa yang telah terjangkit penyakit, baik ringan maupun parah oleh *mantri-verpleegster* dan *mantri-verpleger* (selanjutnya akan disebut mantri saja) (Leiden University Library, Special Collections, Or. 27.005-22). Berdasarkan informasi tersebut, artinya Dr. Thillot dibantu oleh propagandis yang merupakan juru kampanye, sementara mantri adalah tim medisnya. Dalam hal ini, dokter bertugas memberikan edukasi kepada para guru, dan sesekali melakukan pemeriksaan kesehatan kepada siswa.



Gambar 1. Siswa Sekolah Desa di Kendal sedang mendengarkan penjelasan dari propagandis.

Sumber: Leiden University Library Special Collections, Or. 27.005-22.

Beberapa wilayah yang disebutkan dalam laporan Dr. Thillot adalah distrik (setingkat kecamatan) Kaliwoengoe, Kendal, Pengandon, dan Weleri. Daerah tersebut merupakan bagian dari Kabupaten Kendal dan terletak di dataran luas sepanjang laut Jawa di pantai utara Jawa. Dilaporkan bahwa saat MHP mulai diterapkan di sekolah-sekolah di Kabupaten Kendal, kira-kira keadaannya dapat dideskripsikan sebagai berikut: sebuah pipa air membentang di sepanjang jalan utama Semarang-Weleri yang menyuplai tempat penampungan air melalui keran ke desa-desa sekitarnya. Di desa-desa terpencil terdapat sumur semen atau dari batu sederhana, namun juga banyak warga yang merasa cukup dengan air dari sungai. Pada tahun 1925 sebelum diterapkan MHP, wilayah distrik Kaliwoengoe telah dilengkapi jamban dari bambu yang masih tradisional. Setelah dilaksanakannya program MHP pada 1929, pemerintah mulai membangun jamban semen permanen di wilayah distrik Weleri, lalu dilanjutkan pembangunan di distrik Tjipiring pada tahun 1931 (Thillot, 1934, hlm.208).



Gambar 2 Proses Pembuatan Jamban (1929).

Sumber: *Leiden University Library Special Collections*, Kode 27.005-22.

Di kota Kendal jumlah penduduk sekitar 1.500 jiwa, di sana terdapat rumah sakit pelayanan kesehatan masyarakat dengan 60 tempat tidur, yang terhubung dengan klinik rawat jalan dan dibuka setiap hari. Di Tjipiring terdapat rumah sakit kecil, sementara di Kaliwoengoe, Mangkang, Pegandon, dan Weleri terdapat klinik rawat jalan yang masing-masing dibuka 2,2,3, dan 6 kali seminggu serta dapat dikunjungi seminggu sekali oleh Dokter Pemerintah Daerah dari Kendal. Kecamatan atau distrik Bodja dan Soekoredjo terletak di pegunungan dengan sedikit informasi yang diperoleh. Hanya ada beberapa desa di sana dan kebersihan modern masih belum diketahui. Setidaknya terdapat klinik rawat jalan di Bodja dan satu di Soekoredjo. Di distrik Plantoengan (dekat Soekoredjo) terdapat

sebuah rumah sakit kusta yang merupakan rumah sakit bantuan pemerintah. Sedangkan di Bodja, hingga tahun 1931, layanan diberikan oleh tabib dari Kendal melalui klinik yang buka dua kali seminggu. Setelah itu, didirikan layanan perawat-mantri yang memberikan konsultasi harian (rawat jalan) dan menerima imbalan dari pemerintah daerah. Di sisi lain, klinik rawat jalan di Soekoredjo dilayani oleh tenaga medis dari Plantoengan (Thillot, 1934, hlm.208).

Sarana pendidikan di Kabupaten Kendal sangat diunggulkan dibandingkan dengan sarana sanitasi. Dapat dilihat pada gambar 3 bahwa para dokter memberikan ceramah kebersihan dan pencegahan penyakit kepada guru-guru Sekolah Desa. Kabupaten Kendal memiliki tidak kurang dari 130 Sekolah Desa dan 14 Sekolah Dasar Kelas Dua. Adapun pembagian sekolah dasar bagi bumiputra dapat diperiksa dari keputusan raja tanggal 28 September 1892, yang termuat dalam *Staatblad* 1893 Nomor 125. Berdasarkan sumber tersebut, didapat informasi bahwa Sekolah Dasar Kelas Dua (*De Tweede Klasse School*) merupakan sekolah bagi anak-anak bumiputra pada umumnya, yang diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pendidikan bagi rakyat biasa dengan lama belajar 2 tahun. Sementara Sekolah Desa (*Volk School*) adalah sebuah lembaga pendidikan di tingkat desa yang memberikan pendidikan seluas mungkin, dengan biaya serendah mungkin (Afandi et al., 2020)



Gambar 3 Dokter Sekolah Memberikan Ceramah Kebersihan dan Pencegahan Penyakit Kepada Guru Sekolah Desa.

Sumber: *Leiden University Library Special Collections*, Kode 27.005-22.

Sekolah Desa digagas dan didirikan oleh Gubernur Van Heutsz pada 1907 dalam usahanya meminimalisir biaya pendidikan yang diperlukan bagi masyarakat bumiputra. Jenis sekolah ini dianggap lebih murah dan sederhana. Pembiayaan dipikul oleh masyarakat desa

sendiri. Masyarakat dapat menyediakan dana melalui lumbung desa atau koperasi desa. Dengan demikian, masyarakat dapat melatih diri untuk mengurus dan mengatur kesejahteraan desanya. Setelah berdiri Sekolah Desa, maka Sekolah Kelas Dua dilebur didalamnya. Lama belajar adalah 3-4 tahun, dan setelah lulus, siswa dapat melanjutkan ke tingkat yang lebih tinggi yaitu sekolah lanjutan (*Vervolg School*) dengan lama belajar 2-3 tahun. Perkembangan Sekolah Desa sejak tahun 1907 sampai dengan 1940 terus meningkat (Nasution, n.d., hlm.257). Jadi jika dirangkum, Kabupaten Kendal hanya memiliki 2 rumah sakit kecil (Kendal dan Plantoengan) dan 8 klinik rawat jalan, yang bahkan tidak buka setiap hari. Sedangkan di wilayah ini terdapat 144 sekolah.

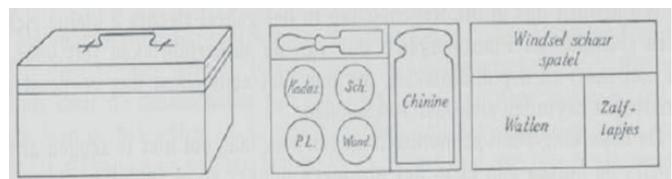
Penduduknya berada pada tingkat ekonomi yang sangat rendah, bahkan miskin. Miskin dalam hal ini ditunjukkan dengan kondisi-kondisi seperti rumah warga umumnya gelap dan tidak bersih, kebanyakan anak tidak memiliki pakaian selain yang mereka kenakan di tubuhnya. Sabun dianggap barang mewah, serta penyakit dianggap sebagai hukuman dari Allah yang tidak boleh ditolak. Pada kondisi seperti ini, Dr. Thillot dalam laporannya, tidak dapat menaruh harapan terlalu tinggi dan tidak bisa langsung puas dengan hanya mengajarkan peraturan dasar kebersihan, serta mengirim anak-anak ke klinik rawat jalan yang biasanya terletak terlalu jauh dari sekolah. Bahkan sejak awal, anak-anak yang sakitnya tidak parah perlu dirawat dengan bantuan guru. Di banyak sekolah, tim dari Dr. Thillot menemukan salep kudis yang dibungkus dengan koran bekas atau botol kotor yang isinya meragukan, dan pada akhirnya digunakan oleh siswa penderita konjungtivitis (mata merah) untuk mengobati sakitnya dengan peran para guru (Thillot, 1934).

Kondisi Kesehatan Anak dan Penanganan Penyakit di Sekolah Desa Keresidenan Semarang

Kesehatan anak-anak sangat menyedihkan. Kudis, cadas, *impetigo*, dan luka yang terabaikan seringkali membuat anak enggan bersekolah. Kebersihan ternyata menjadi konsep yang tidak diketahui oleh banyak orang di desa. Situasi ini terjadi bersamaan dengan implementasi program MHP, dengan tujuannya untuk meningkatkan kesadaran dan praktik kebersihan di kalangan bumiputra. Masalah kesehatan menjadi pusat perhatian, dan Dr. Thillot melaporkan bahwa inspektur pendidikan pribumi, bupati, dan asisten residen telah memfasilitasi pekerjaan Dr. Thillot dan tim dengan ramah dan membantu. Saat awal penerapan MHP, komite sekolah sebenarnya sedang sibuk memperbaiki atau memperbaharui gedung sekolah. Dalam kurun

waktu 2 tahun, semua bangunan yang gelap dan lembab digantikan oleh sekolah berlantai keramik, yang memiliki penerangan baik, berfertilasi, dan dilengkapi dengan jamban semen. Pada tahun 1930-an, bupati mengizinkan dana yang diperlukan untuk pembelian drum obat untuk semua sekolah, sementara Inspektur Dinas Kesehatan Jawa Tengah menyediakan kina yang sangat diperlukan untuk dibagikan secara gratis (Thillot, 1934, hlm.209).

Berikut merupakan drum obat berbahan timah beserta model peletakan obat, dan obat-obatan yang didistribusikan ke sekolah-sekolah. Berisi tiga toples/pot berbahan seng, masing-masing berisi 125 gram, yang terdiri dari (1) *Ungt. Sulf. Compos* (salep kudis), yang ditunjukkan dengan keterangan Sch dalam gambar tersebut; (2) *Ungt. Salicyl. C. Zwavel* (salep kurap/kadas) posisi obat berada pada bagian kiri tengah dan ditunjukkan keterangan Kadas pada gambar; (3) Pastalaras atau P.L (lihat gambar 4), yaitu pelindung kulit dan untuk mengobati iritasi ringan; (4) Satu toples porselen berisi salep luka (pada gambar ditunjukkan dengan keterangan *wond*) yang mengandung liq. Alum. Acet yang berfungsi menciutkan jaringan, *Adeps lanae* yang berfungsi sebagai pelembab, serta *vaseline flav* yang berfungsi sebagai emolien dan pelindung kulit. Setiap bahan digunakan dalam jumlah yang sama, yaitu 40 bagian; (5) Satu botol tetes mata dengan kandungan *culfas zinci* (seng sulfat) 0,5% (lihat kotak obat di sebelah kiri atas, tanpa teks); (6) Satu botol kina (*Chinine*) dengan jumlah tablet antara 200 hingga 300 buah, dengan dosis 0,2 gram pada setiap tablet. Sementara bagian atas kotak obat berisi beberapa perlengkapan medis seperti perban, kain kasa/ lapisan salep dari katun (*zalf lappjes*), \pm 50 gram kapas (*watten*), gunting, beberapa spatula salep dari bambu (*windset schaar spatel*) (Thillot, 1934, hlm.210).



Gambar 4 Drum Obat Berbahan Timah Beserta Obat-Obatan yang Didistribusikan

Sumber: Thillot, 1934.

Dengan cara tersebut, setiap guru diberi kesempatan untuk mengobati luka kecil, kudis, kadas, dan konjungtivitas ringan (mata) secara mandiri sesuai petunjuk dokter. Tentu di negara dengan endemik malaria, ia harus memiliki akses terhadap sejumlah kecil kina, yang seringkali memberinya peluang untuk menyelamatkan nyawa pasien. Tim MHP

sengaja untuk tidak memberikan sirup obat dan minyak jarak. Apabila siswa menunjukkan gejala akut seperti batuk atau sakit perut, guru wajib merujuk siswa tersebut ke klinik rawat jalan, meskipun lokasinya jauh dari sekolah, atau memanggil petugas kesehatan seperti perawat mantri, dan dokter. Tindakan guru terhadap siswa yang sakit dibatasi pada pertolongan pertama selayaknya yang diberikan seorang ibu kepada anaknya (Thillot, 1934, hlm. 210).

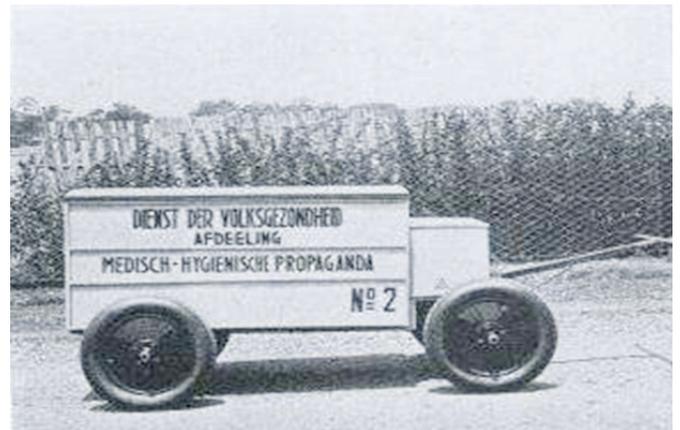
Bukan hanya jarak yang jauh antara klinik rawat jalan dan sekolah yang mengharuskan para guru untuk mempercayakan perawatan sederhana bagi anak-anak, namun juga kurangnya sumber daya untuk menunjuk staf yang memadai. Dokter penanggungjawab MHP di sekolah menerima perawatan dari Dinas Kesehatan seluruh kabupaten dan propagandis dari MHP. Keduanya tinggal di Kendal dan mengunjungi 3 hingga 4 sekolah setiap hari dengan bus, kereta anjing (?) atau sepeda. Perawat bepergian dengan membawa koper berisi perban, salep, dan obat-obatan yang diperlukan untuk mengobati luka sederhana dan bisul, bronkitis, malaria, radang selaput lendir hidung, kudis, eksim, dan penyakit mata. Tas berisi wastafel, sabun, sikat tangan, *lysol* dan handuk.

Selain itu, buku harian juga selalu dibawa oleh para propagandis untuk mencatat sekolah-sekolah yang dikunjungi, jumlah anak yang diperiksa, dan dirawat setiap hari. Perawat mantri menyampaikan laporan tentang hal ini kepada dokter setiap bulan. Pada kesempatan kunjungannya ke sekolah, ia mengisi kembali drum obat guru dari stoknya. Namun karena ia harus mengunjungi 144 sekolah, ia tidak bisa sering dan rutin hadir di masing-masing sekolah. Agar dapat mengisi kembali drum obat guru tanpa penundaan, tim MPH telah menyetorkan sejumlah kecil obat-obatan dan perban di klinik rawat jalan (masing-masing 1-2 kg), sebotol *zulfa zinci* (obat tetes mata), sebotol kina dan satu drum dari kapas dan perban). Perawat mantri di poliklinik rawat jalan mempunyai buku harian yang didalamnya ia harus mencatat jumlah obat-obatan dan perban yang diterima dari dokter dan diberikan kepada guru.

Kunjungan dokter ke sekolah diawali dengan pengenalan dokter dan perawat oleh propagandis kepada anak-anak. Propagandis menjelaskan bahwa pemeriksaan ini penting bagi kesehatan anak-anak, agar mereka tetap sehat, tumbuh besar, dan kuat. Selanjutnya, propagandis meminta anak-anak untuk membuka bagian atas tubuh mereka agar dapat diperiksa oleh dokter. Propagandis kemudian membacakan nama-nama anak yang telah ditulis guru pada kartu khusus MHP dan mencatat hasil pemeriksaannya. Anak yang sakit segera dirawat oleh mantri, yang terakhir dibantu

oleh seorang guru. Guru yang lain menuliskan nama anak yang sakit dan juga mencatat bagaimana mereka harus dirawat (Thillot, 1934, hlm.211).

Luka dibalut, penderita kudis dan kadas diobati dengan salep, sedangkan anak yang diduga menderita malaria segera diberikan pengobatan kina tanpa dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pengambilan sampel darah, pengukuran suhu, dan perabaan limpa. Untuk kasus-kasus tertentu seperti frambusia akan dirujuk ke klinik rawat jalan, sedangkan jika perlu dirujuk ke rumah sakit dan membutuhkan persetujuan orang tua, tim MHP membawa anak-anak yang sakit ke rumah sakit bersama ayah atau ibu. Anak-anak yang sakit dan tidak masuk sekolah dijenguk ke rumah. Setelah menyelesaikan pemeriksaan di sekolah, propagandis memberikan ceramah singkat tentang kebersihan dan menganjurkan agar anak-anak pergi ke klinik rawat jalan tanpa rasa takut jika merasa sakit. Apabila dinilai perlu, pembagian sabun kepada anak-anak akan dilakukan setelah sesi ceramah singkat (Thillot, 1934, hlm.211).



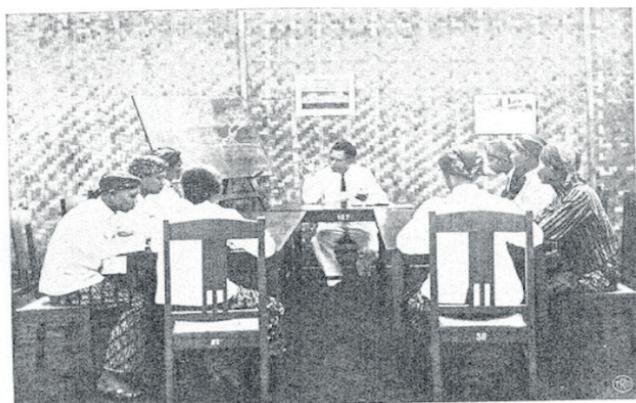
Gambar 5 Mobil Untuk Keperluan Medisch Hygienische Propaganda.

Sumber: J.L. Hydrick, 1937

Intensitas kunjungan terhadap sekolah juga diatur sedemikian rupa. Awalnya, sekolah yang sama sering dikunjungi, namun segera setelah guru belajar menggunakan obat-obatan dan perban dengan benar, ia dipercayakan dengan kotak P3K sekolah dan secara berangsur-angsur propagandis mengurangi intensitas kunjungan di sekolah tersebut. Pada saat yang sama, guru menerima instruksi tertulis untuk menggunakannya. Setelah propagandis memastikan bahwa aturan kebersihan telah dipatuhi, ia akan memulai dengan topik higienitas yang lain. Sebagai contoh, di wilayah yang didominasi infeksi malaria, ia menjelaskan pentingnya profilaksis (pencegahan infeksi dengan obat) dan pengobatan malaria itu sendiri. Sementara di Kendal saat MHP mempromosikan pengendalian cacing tambang

dan pembangunan jamban, ia fokus menjelaskan tentang bahaya penyakit tersebut dan fungsi jamban sebagai upaya pencegahan (Thillot, 1934, hlm.211-212).

Di wilayah lain di mana framboesia mendominasi, ia menunjukkan perlunya suntikan neosalvarsan. Ia juga bersikeras agar edukasi pada pengobatan penyakit mata, kudis, dan kadas (kurap) dilakukan dengan gambar agar lebih jelas dan menarik anak-anak. Guru dalam hal ini mengikuti penjelasan tersebut dengan penuh perhatian dan segera mulai melatihnya bersama anak-anak. Sedangkan dokter, seperti halnya propagandis, memberikan ceramah khusus kepada para guru, yang bertemu dalam kelompok kecil untuk tujuan ini pada sore hari. Biasanya hanya diberikan 3 atau 4 kali kuliah khusus, mengenai, hlm. (1) komentar umum tentang infeksi dan profilaksis; (2) frambusia dan infeksi kulit; (3) malaria; (4) penyakit cacing tambang dan kegunaan pembangunan jamban. Untuk menghindari guru dari lembur dan biaya transportasi, ceramah ini seringkali diberikan pada pertemuan dengan pengawas sekolah (Thillot, 1934, hlm.212).



Gambar 6 Ceramah Kebersihan Bagi Guru dalam Kelompok Kecil.

Sumber: J.L. Hydrick, 1937

Dr. Thillot dalam laporannya menyatakan bahwa tim MHP menerima banyak dukungan dalam pekerjaannya melalui bioskop MHP di beberapa *Afdeling* di Keresidenan Semarang. Pertunjukan visual diadakan setiap hari di berbagai desa. Pada saat-saat tertentu ditayangkan pula film propaganda kesehatan untuk anak-anak sekolah, orang tua, kerabat, dan guru mereka. Malam-malam ini selalu sukses besar dan sangat berguna di awal program berjalan. Pada Mei 1933, tur bioskop paling awal dimulai dengan wilayah yang dituju adalah Godong dan Wirosari (Kabupaten Grobogan). Secara teknis kira-kira seperti berikut: sang propagandis pergi dengan mobil demonstrasi, di pagi hari ia mengunjungi sekolah-sekolah dan menjelaskan isi film tersebut. Sore harinya ia memberikan pelajaran kebersihan kepada guru, dan malam harinya ia berbicara kepada

penonton yang berkumpul di depan layar perak (sebutan untuk bioskop pada masa itu). Ini adalah kegiatan yang dilakukan bertahap sejak dimulainya program MPH pada 1929 (Thillot, 1934, hlm.212).



Gambar 7. Demonstrasi kesehatan melalui layar lebar 1930-an

Sumber: J.L. Hydrick, 1937

Pada awal tahun ajaran baru, yaitu bulan Juli sampai dengan bulan November, tim MHP sangat memperhatikan siswa baru, apalagi saat itu sedang musim kemarau. Tim MHP lebih banyak mendatangi sekolah-sekolah yang sulit dijangkau, seperti sekolah-sekolah yang berada di daerah pegunungan. Pada bulan November sampai dengan bulan April tahun berikutnya, saat hujan deras, sekolah-sekolah yang berada di sepanjang jalan raya menjadi yang paling banyak dikunjungi. Selain memeriksa pekerjaan guru dan anak-anak dengan saksama, para perawat juga mengadakan pelatihan kecil tentang kebersihan, yang kemudian dibahas dan diulang-ulang oleh guru bersama anak-anak. Pelatihan ini terutama diberikan kepada anak-anak kelas atas, sehingga ketika mereka lulus sekolah mereka memiliki pemahaman tentang hakikat penyakit menular dan kemungkinan pencegahannya. Secara khusus, mereka diingatkan tentang pentingnya kebersihan dan kepatuhan terhadap aturan dasar kebersihan yang telah dipelajari (Thillot, 1934, hlm.212).

Pada 1930, saat terjadi penyakit malaria musiman tahunan, bupati Grobogan menyampaikan kenginannya untuk memperkenalkan MHP. Sehubungan dengan itu, perawat mantri kedua disediakan oleh Dinas Kesehatan, sedangkan propagandis dipindahkan dari Kendal ke Purwodadi. Dokter kini harus membagi tugasnya menjadi dua kabupaten (Kabupaten Kendal dan Grobogan). Tanggal 1 November 1930, pekerjaan MHP di Kabupaten Grobogan harus ditunda karena hujan lebat dan banjir besar sehingga menyulitkan hubungan antara Semarang dan Grobogan. Perawat mantri dan propagandis kemudian dipindahkan ke Demak, dimana bupati sudah mengadakan diskusi persiapan pengenalan MHP di sekolah-sekolah. Di Demak mereka bisa bekerja

di bawah pengawasan langsung dokter yang ditempatkan di Semarang. Karena hubungan sosial dan ekonomi di Kabupaten Demak serupa dengan di Kendal, maka skema yang sama dapat dilanjutkan di wilayah tersebut (Thillot, 1934, hlm.213-214).

Di Kabupaten Demak terdapat sebuah rumah sakit pemerintah kecil dengan 5 klinik rawat jalan yang berseberangan dengan 124 Sekolah Desa dan 14 Sekolah Kelas Dua. Di sini juga, tim MHP secara bertahap harus membagikan drum obat dan mengajari para guru cara merawat anak-anak yang tidak sakit parah. Meskipun MHP memulai program pengendalian cacung tambang dan pembangunan jamban di Demak bersamaan dengan propaganda sekolah, para propagandis di daerah ini lebih memfokuskan upaya mereka pada propaganda terkait malaria dan frambusia, karena kedua penyakit tersebut lebih banyak menyebar di wilayah ini. Program propaganda untuk pengendalian cacung tambang baru ditambahkan oleh MHP setahun kemudian (Thillot, 1934, hlm.214).

Tabel 1. Laporan Pekerjaan Medisch Hygiënisch Propaganda Kabupaten Kendal 1930–1932.

| Kabupaten Kendal | 1930 | 1931 | 1932 |
|--|--------|--------|--------|
| Jumlah anak di 130 Sekolah Desa, 14 Sekolah Lanjutan dan Sekolah Kelas Dua | 11039 | 12157 | 13032 |
| Jumlah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan | 37440 | 46613 | 49782 |
| Jumlah perawatan yang dilakukan | 12000 | 10032 | 11237 |
| Jumlah perawatan yang dilakukan dalam persen (%) dari jumlah pemeriksaan | 32.00 | 21.52 | 22.57 |
| Jumlah anak yang dikirim ke klinik rawat jalan | 657 | 242 | 189 |
| Jumlah anak yang dikirim ke rumah sakit | - | 21 | 7 |
| Jumlah pelajaran/ ceramah kebersihan | 481 | 893 | 769 |
| Total pengeluaran dana sekolah Bupati | 813.40 | 710.00 | 678.00 |
| Biaya per anak | 0,07 | 0,065 | 0,052 |

Sumber: Thillot, 1934, diolah R.R. Widyakinasih

Di Distrik Soekoredjo (Kabupaten Kendal), sejumlah 22 sekolah dikunjungi dokter sekolah selama 3 tahun berturut-turut selama bulan Juni. Pada 1930 mereka diberi drum obat. Para guru kemudian melengkapi drum, baik di klinik rawat jalan di Sekoredjo atau pada kesempatan konferensi triwulan di Soekoredjo, dimana dokter atau mantri juga ikut serta memberikan ceramah. Sementara di Kabupaten Demak tahun 1931, terdapat sebanyak 102 Sekolah Desa, 11 Sekolah Lanjutan (Vervlog) dan Sekolah Kelas Dua berada di bawah pengawasan MHP, sebagai berikut:

Tabel 2. Laporan Pekerjaan Medisch Hygiënisch Propaganda di Kabupaten Demak 1931–1932.

| Kabupaten Demak | 1931 | 1932 |
|--|--------------------|-------|
| Jumlah anak di 102 Sekolah Desa, 11 Sekolah Lanjutan dan Sekolah Kelas Dua | 12380 | 13000 |
| Jumlah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan | 28050 | 34505 |
| Jumlah perawatan yang dilakukan | 8282 | 7933 |
| Jumlah perawatan yang dilakukan dalam % dari jumlah pemeriksaan | 29.45 | 23.00 |
| Jumlah anak yang dikirim ke klinik rawat jalan | 746 | 292 |
| Jumlah pelajaran/ ceramah kebersihan | 607 | 780 |
| Biaya Bupati | 690 | 615 |
| Biaya pembelian pertama dalam 2 bulan terakhir dari tahun 1930 | 280 | |
| Biaya per anak | 0.08 ¹⁾ | 0.05 |

Sumber: Thillot, 1934, diolah R.R. Widyakinasih

Kecamatan Mranggen yang tidak terhubung langsung dengan kota induk Demak, hingga saat itu belum digarap. Tahun 1933, bupati memberikan tunjangan beberapa gulden kepada perawat mantri yang ditunjuk di klinik rawat jalan kabupaten di Mranggen untuk biaya transportasi. Dia mengunjungi sekolah 3 kali seminggu di pagi hari, dan 22 sekolah di wilayah ini dibekali drum. Di kabupaten Grobogan, 29 sekolah dikunjungi pada bulan September dan Oktober 1930. Kemudian pekerjaan harus dihentikan karena banjir. Pekerjaan dilanjutkan pada bulan Juli 1931, dan dalam 6 bulan terakhir tahun tersebut, 70 Sekolah Desa, 11 Sekolah Lanjutan dan Sekolah Kelas Dua diperiksa. Pada tahun 1932, pekerjaan berlanjut sepanjang tahun dan distrik-distrik dari dua sekolah di Purwodadi diinspeksi, yaitu berjumlah 80 Sekolah Desa, 11 Sekolah Lanjutan dan Sekolah Kelas Dua (Thillot, 1934, hlm.215).

Tabel 3. Laporan Pekerjaan Medisch Hygiënisch Propaganda di Kabupaten Grobogan 1930–1932.

| Kabupaten Grobogan | September– Oktober 1930 | Juli–Desember 1931 | 1932 |
|--|-------------------------------|-----------------------|-------|
| Jumlah anak yang diperiksa | 2693 | 8483 | 9067 |
| Jumlah pemeriksaan kesehatan | 4109 | 26550 | 60124 |
| Jumlah perawatan | 1016 | 10792 | 14346 |
| Jumlah perawatan dalam % dari jumlah pemeriksaan | 24.72 | 40.61 | 23.87 |
| Jumlah anak yang dikirim ke klinik rawat jalan | 64 | 155 | 148 |
| Jumlah anak yang dikirim ke rumah sakit | - | 9 | 11 |
| Jumlah pelajaran/ ceramah kebersihan | 75 | 361 | 865 |

Sumber: Thillot, 1934, Diolah R.R. Widyakinasih

Biaya MHP di sekolah di Grobogan sedikit lebih tinggi dibandingkan di Demak dan Kendal, sebab matri sepenuhnya ditanggung oleh Bupati (Thillot, 1934, hlm.215). Selama kurun waktu 3 tahun, sebanyak

35.000 anak dari sekolah di 3 kabupaten telah diperiksa kesehatannya. Dari jumlah tersebut, sekitar 25.000 anak diperiksa oleh dokter. Seperti di negara-negara panas lain, kesehatan anak-anak juga terganggu oleh penyakit cacing tambang dan malaria. Para propagandis sering kali harus merawat anak-anak di rumah sakit selama berminggu-minggu karena anemia yang parah akibat kedua penyakit ini. Penyembuhan dengan *oleum chenopodii* dilakukan di beberapa sekolah. Pada setiap pemeriksaan, limpa juga diperiksa. Sementara itu, Kabupaten Demak dan Grobogan merupakan daerah dengan infeksi frambusia terbanyak. Oleh karena itu, langkah yang diambil oleh tim MHP adalah melacak mereka yang terkena frambusia dan mengirim mereka ke klinik rawat jalan. Semua anak diperiksa oleh guru mereka dan jika diduga menderita frambusia, mereka dibawa ke klinik rawat jalan (Thillot, 1934, hlm.217).

Dampak Medisch Hygiënisch Propaganda Bagi Siswa di Sekolah Desa di Keresidenan Semarang, 1929–1933 Setelah seragkaian proses implementasi

MHP, Dr. Thillot melaporkan dengan rasa puas hasil perawatan dan pengobatan konjungtivitis di sekolah di Kabupaten Kendal dan Demak sebagai berikut:

Tabel 4 Laporan Hasil Pengobatan Konjungtivitis di Kabupaten Demak dan Kendal 1929–1933

| Kabupaten Kendal | Tanggal | Jumlah Anak | Trakhoma | Konjungtivitis | Dalam % dari jumlah total anak-anak | |
|----------------------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------------------|------|
| Loemboe | 18.7.29 | 85 | - | 60 | 70,5 | |
| | 25.7.29 | 89 | - | 64 | 71,9 | |
| | 4.1.30 | 47 | - | 5 | 10,6 | |
| | 13.5.30 | 67 | - | 18 | 26,8 | |
| | 16.7.30 | 63 | - | 10 | 15,8 | |
| | 24.10.30 | 83 | 1 | 11 | 14,3 | |
| | 6.9.32 | 49 | - | 3 | 6,1 | |
| | Kebon-Dalem | 14.1.30 | 51 | 5 | 20 | 49,0 |
| | | 18.1.30 | 30 | 2 | 11 | 43,3 |
| | | 19.3.30 | 51 | 1 | 6 | 13,7 |
| 25.3.30 | | 48 | 3 | 8 | 22,9 | |
| 25.4.30 | | 47 | - | 17 | 36,1 | |
| 7.7.30 | 79 | - | 19 | 24,0 | | |
| 12.9.30 | 70 | 3 | 9 | 17,0 | | |
| 13.1.31 | 97 | 2 | 11 | 13,4 | | |
| Sekolah Kelas Dua (Kendal) | 15.5.30 | 167 | 22 | 15 | 22,1 | |
| | 12.1.31 | 198 | 5 | 17 | 11,1 | |
| | 21.6.33 | 147 | 1 | 8 | 6,1 | |

| Kabupaten Demak | Tanggal | Jumlah Anak | Trakhoma | Konjungtivitis | Dalam % dari jumlah total anak-anak | |
|---|------------|-------------|----------|----------------|---------------------------------------|------|
| Sekolah Lanjutan (Vervolgschool) Kendal | 15.5.30 | 131 | 16 | 11 | 20,6 | |
| | 12.1.31 | 133 | 14 | 8 | 16,5 | |
| | 21.6.33 | 65 | 1 ? | 7 | 12,3 | |
| Sekolah Kelas Dua (Demak) | 14.12.30 | 183 | 7 | 25 | 17,4 | |
| | 7.6.33 | 191 | 5 | 10 | 7,8 | |
| Sekolah Kelas Dua Demak Nr. II | 18.1.31 | 148 | 10 | 17 | 18,2 | |
| | 7.6.33 | 118 | 11 | 11 | 10,1 | |
| Krapjak | 15.4.31 | 69 | 13 | 8 | 30,4 | |
| | 7.6.33 | 71 | 4 | 5 | 12,5 (1 anak masih menggunakan popok) | |
| | Moro Demak | 27.4.30 | 93 | 2 | 33 | 37,6 |
| | | 21.5.30 | 40 | 3 | 7 | 25,0 |
| | | 22.12.31 | 86 | 1 | 5 | 6,9 |
| 23.4.32 | | 84 | 1 | 9 | 11,9 | |
| 21.12.32 | 57 | - | 10 | 17,5 | | |
| Boengo | 31.12.30 | 33 | 1 | 4 | 15,1 | |
| | 14.1.31 | 63 | 4 | 6 | 15,8 | |
| | 20.3.31 | 95 | 6 | 5 | 11,5 | |
| | 12.9.31 | 103 | 8 | 10 | 17,4 | |
| | 24.3.32 | 53 | 1 | 4 | 9,4 | |
| | 5.11.32 | 101 | 4 | 10 | 13,8* | |
| Djongsemi | 26.4.33 | 67 | 3 | 3 | 8,9 | |
| | 3.1.31 | 111 | 6 | 20 | 23,4 | |
| | 14.1.31 | 62 | 6 | 12 | 29,0 | |
| | 30.5.31 | 102 | 4 | 12 | 15,5 | |
| | 10.9.31 | 71 | 3 | 5 | 11,2 | |
| | 20.10.31 | 101 | - | 10 | 9,8 | |
| | 15.3.32 | 97 | - | 21 | 21,6 | |
| | 26.4.33 | 89 | - | 12 | 13,4 | |

Sumber: Thillot, 1934, Diolah R.R. Widyakinasih

Dengan demikian jumlah konjungtivitis berkurang, sementara trachoma membaik. Di sekolah-sekolah lain, jumlah konjungtivitis sejak awal memang kecil. Perlu dicatat bahwa tim MHP telah mengamati sebagian besar kasus trachoma di sekolah-sekolah di Kendal dan Demak. Secara umum, ketajaman penglihatan umumnya normal. Di tiga kabupaten tersebut (Kendal, Grobogan, Demak) ditemukan 5 kasus miopi berat. 3 anak memakai lunettes yang telah diresepkan oleh dokter mata di Rumah Sakit

Umum Pusat (RSUP) di Semarang. Tim MHP juga sering berkonsultasi dengan dokter spesialis THT di RSUP, dan beberapa anak menjalani perawatan di tempat kerjanya (dokter) untuk waktu yang lama (Thillot, 1934, hlm.220).

Berkaitan dengan penyakit dalam, seorang anak penderita lepra dari Desa Grogol, Kecamatan Karangtengah, Demak dirawat oleh Dr. Sitanala. Seperti yang telah dilaporkan sebelumnya bahwa kasus anemia yang parah sering dikirim ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan, hal yang sama juga terjadi pada penderita tifus. Tiga anak perempuan dengan nefritis kronis (peradangan ginjal) telah dirawat di RSUP selama berbulan-bulan. Salah satunya meninggal di rumah sakit, sementara seorang anak perempuan meninggal karena bronkopneumonia (infeksi saluran pernapasan) di rumah enam bulan setelah keluar dari rumah sakit. Yang ketiga tetap dalam keadaan sehat satu tahun setelah meninggalkan rumah sakit, dengan albuminuria (berkaitan dengan penyakit ginjal) yang stabil sebesar 2% (Thillot, 1934, hlm.220).

Beberapa anak dikirim ke stasiun bedah RSUP. Satu anak berhasil sembuh dengan hasil yang baik. Lima anak dioperasi karena *hernia inguinalis* (kondisi dimana jaringan di perut menonjol ke lipatan paha atau selangkangan), dan semuanya berasal dari Kabupaten Demak—pembawa hernia dari Kendal tidak mau dioperasi—. Beberapa guru juga telah diobati oleh para spesialis dari RSUP meliputi tindakan operasi katarak, pteregium (berkaitan dengan mata), satu kasus melibatkan kanker pada kedua daun telinga. Dalam semua kasus ini, hasil yang baik diperoleh (Thillot, 1934, hlm.220). Mengenai luka yang terinfeksi, kudis, kadas, dan impetigo, perlu dicatat bahwa untuk saat ini tim MHP telah pasrah dengan kenyataan bahwa ini tidak akan hilang dari sekolah sebab anak-anak terus menerus menginfeksi diri mereka sendiri di dalam desa. Namun jika penyakit-penyakit ini segera diobati, penyakit tidak akan bertahan lama dan tidak menjadi parah seperti yang terlihat di awal (Thillot, 1934, hlm.221).

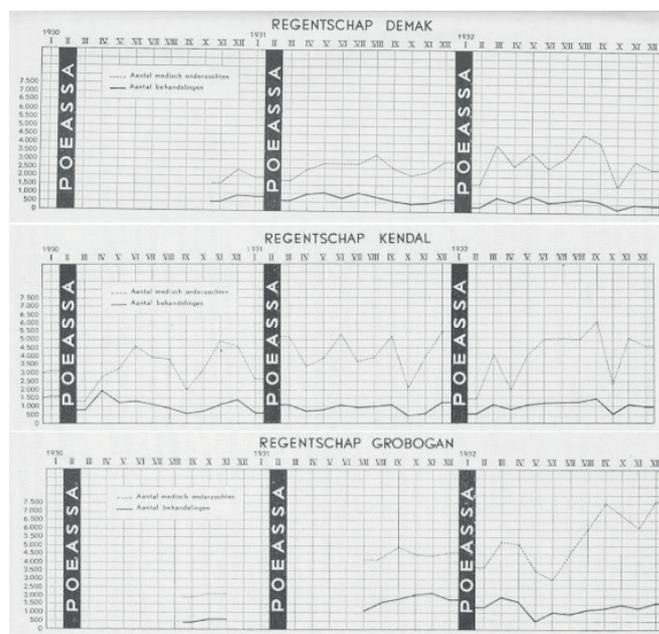
Tercatat dari perbandingan daftar absensi anak-anak yang sakit, yang dibuat oleh pengawas sekolah Kendal pada tahun 1928-1929, yaitu sebelum dimulainya MHP di sekolah-sekolah, dengan daftar absensi pada tahun 1931-1932, tidak ada kesimpulan yang bisa diambil. Di beberapa sekolah lain, sebaliknya, kadang-kadang meningkat. Dalam hubungan ini, Dr Thillot menyebutkan bahwa pada tahun 1931 terjadi wabah

campak di Kendal. Di masa krisis ekonomi, dimana setiap pengeluaran yang tidak perlu harus dihindari demi kepentingan negara, kita perlu bertanya dengan serius apakah kegunaan MHP di sekolah dapat membenarkan pengeluaran tersebut. Seperti yang telah diketahui bahwa pengeluarannya sangat minim, yaitu 5 sen per anak per tahun, atau rata-rata 5 gulden per tahun untuk setiap sekolah (Thillot, 1934, hlm.221).

Satu mantri cukup memantau kondisi kesehatan 10.000 anak. Pekerjaan tersebut dilakukan secara sukarela oleh para guru. Obat-obatnya pun tidak mahal, hanya distribusi kina yang agak mahal, namun ini dibebankan pada anggaran malaria dan wajib dilakukan bahkan tanpa MHP. Dr. Thillot menyampaikan dalam laporannya bahwa hasil dari penerapan tersebut melebihi ekspektasi. Anak-anak sekolah yang berada di bawah intervensi program MHP berpenampilan bersih, sudah terlatih menggunakan toilet, dan tidak lagi takut pada dokter. Pengaruh propaganda juga meluas hingga ke keluarga, misalnya, seseorang mengurus pakaian dan rumahnya. (Thillot, 1934, hlm.221)

Kurva terlampir menunjukkan jumlah pengobatan per bulan ditunjukkan dengan garis hitam; jumlah pemeriksaan kesehatan per bulan ditunjukkan dengan garis putus-putus; dan untuk setiap kabupaten dalam grafik yang terpisah.

Tabel 4 Kombinasi Grafik Jumlah Pengobatan dan Pemeriksaan di Kabupaten Kendal, Grobogan, Demak 193 1932



Sumber: Thillot, 1934

KESIMPULAN

Masalah kesehatan yang serius di Jawa pada awal abad ke-20 mendorong berbagai upaya perbaikan. Program Medisch Hygiënisch Propaganda yang dimulai pada tahun 1929 di Keresidenan Semarang telah menjadi tonggak penting dalam upaya edukasi kesehatan masyarakat di Jawa. Studi ini menunjukkan bahwa implementasi MHP di Semarang pada tahun 1929-1933, khususnya pada anak-anak Sekolah Desa, berhasil meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan. Pendekatan komprehensif yang diterapkan, seperti penyuluhan (ceramah), pemeriksaan rutin, praktek kebersihan (mencuci tangan), serta pemutaran film propaganda kesehatan di beberapa distrik seperti di Kabupaten Grobogan telah berkontribusi dalam perubahan perilaku anak yang positif dalam memandang kebersihan. Hasil yang dilaporkan Dr. Thillot bahwa setelah program dijalankan, anak-anak menjadi berpenampilan bersih, sudah terlatih menggunakan toilet, dan tidak lagi takut pada dokter. Hal yang patut diapresiasi juga dari implementasi program tersebut adalah sinergi yang terjalin antara Dinas Kesehatan Rakyat dengan *Rockefeller Foundation*, maupun antara dokter, perawat atau mantri, propagandis, guru dengan anak-anak Sekolah Desa (dan pada realisasinya juga dengan anak-anak Sekolah Lanjutan maupun Sekolah Kelas Dua). Meskipun kasus frambusia di wilayah yang diteliti belum mampu dituntaskan, kampanye ini merupakan langkah awal dalam rangka menyelesaikan masalah kesehatan saat itu. MHP dalam hal ini membuktikan bahwa investasi dalam pendidikan kesehatan anak sejak dini dapat memberikan dampak jangka panjang bagi aspek kesehatan masyarakat. Di sisi lain, kebijakan kesehatan kolonial perlu dilihat pula sebagai upaya untuk menjaga stabilitas tenaga kerja di Hindia Belanda, demi kepentingan politik dan ekonomi negara penjajah. Program MHP adalah wujud strategi terstruktur, untuk menjangkau lapisan masyarakat di level sekolah dasar agar turut berkontribusi bagi kesuksesan eksploitasi pemerintah kolonial. Pada akhirnya, tulisan ini diharapkan mampu berkontribusi bagi perkembangan historiografi anak dan kesehatan di Indonesia. Lebih dari itu, studi ini diharapkan menjadi bahan refleksi dan referensi bagi para pemangku kebijakan dalam merancang dan mengimplementasikan kampanye kesehatan di masa kini, dengan belajar dari pengalaman historis.

REFERENSI

- Afandi, A. N., Swastika, A. I., & Evendi, E. Y. (2020). Pendidikan pada masa pemerintah kolonial di Hindia Belanda tahun 1900–1930. *Artefak*, 7(1), 21–30. <http://dx.doi.org/10.25157/ja.v7i1.3038>
- Amalia, F. A. (2024). Kampanye higienitas di kota-kota Jawa, 1900–1942. *Histma*, 9(2), 68–88.
- Boomgaard, P. (1986). III. The welfare services in Indonesia, 1900–1942. *Itinerario*, 10(1), 57–82. <https://doi.org/10.1017/S0165115300008986>
- Breman, J. C. (1971). *Djawa: Pertumbuhan penduduk dan struktur demografis*. Bhratara.
- Budiman, H. G. (2022). Perkembangan sanitasi dan prasarana kebersihan di Kota Bandung awal abad ke-20. *Paradigma: Jurnal Kajian Budaya*, 12(3). <https://doi.org/10.17510/paradigma.v12i3.1172>
- Cipta, S. E. (2020). Upaya penanganan pemerintah Hindia Belanda dalam menghadapi berbagai wabah penyakit di Jawa 1911–1943. *Equilibrium Jurnal Pendidikan*, 8(2), 162–169. <https://doi.org/10.26618/equilibrium.v8i2.3281>
- Cribb, R. (1933). Development policy in the early 20th century. In D. Y. King (Ed.), *Development and social welfare: Indonesia's experiences under the New Order* (pp. 225–245). Koninklijk Instituut voor Taal-, Land- en Volkenkunde.
- Furnivall, J. S. (1948). *Colonial policy and practice: A comparative study of Burma and Netherlands India*. Cambridge University Press.
- Hydrick, J. L. (1937). *Intensive rural hygiene work and public health education of the Public Health Service of Netherlands India*.
- Kurniarini, D., Darini, R., & Dewi, I. M. (2015). Pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa abad XX. *Mozaik*, 7(1), 1–15. <https://doi.org/10.21831/moz.v7i1.6186>
- Liesbeth, H. (2011). *Healers on the colonial market: Native doctors and midwives in the Dutch East Indies*. KITLV Press.
- Leiden University Library. (n.d.). *De Medisch Hygienische Propaganda in het Regentschap Kendal* (Or. 27.005–22). Special Collections.
- Muhsin, M. (2012). Bibliografi sejarah kesehatan pada masa pemerintahan Hindia Belanda. *Paramita*, 22(2), 186–197. <http://dx.doi.org/10.15294/paramita.v22i2.2119>

-
- Nas, P. J. M. (2007). *Kota-kota Indonesia: Bunga rampai*. Gadjah Mada University Press.
- Nasution, S. (2016). Strategi pendidikan Belanda pada masa kolonial di Indonesia. *Ihya Al-Arabiyah*, 2(2), 254–258.
- Thillot, M. T. (1934). *Verslag over de Medisch-Hygiënisch-Propaganda op de Dessa-Scholen in de Residentie Semarang 1929–1933*. Geneeskundig Tijdschrift Voor Nederlandsch-Indië.
- Boomgaard, P., Sciortino, R., & Smyth, I. A. (1996). *Health care in Java: Past en present* (KITLV Proceedings Series Vol. 3). KITLV Press.
- Staatsblad. (1893). *Staatsblad 1893 Nomor 125*. JDIN BPHN.
- De Indische Courant. (1922, Januari 27). *The Rockefeller Foundation*.
- Tillema, H. F. (1913). *Van wonen en bewonen, huis en erf. Tjandi-Semarang*.
- Tillema, H. F. (1919). *KAMPONGWEE!*
- Tillema, H. F. (1915–1923). “Kromoblanda”: *Over’t vraagstuk van het wonen in Kromo’s groote land* (1e deel). Uden Masman.
- Uddin, B. (2016). *Propaganda kesehatan Rockefeller Foundation di Jawa pada akhir masa kolonial*. https://www.academia.edu/4435231/Propaganda_Kesehatan_Rockefeller_Foundation
- Wijono, R. S. (2015). Public housing in Semarang and the modernization of kampongs, 1930–1960. In F. Colombijn & J. Cote (Eds.), *Cars, conduits, and kampongs: The modernization of the Indonesian city, 1920–1960* (pp. 172–192). Brill. <https://www.jstor.org/stable/10.1163/j.ctt1w76ts6.12>