

## Cacar di Jawa: dua orde dalam penaklukan pagebluk

Zanuar Rivaldi\*<sup>1</sup>, Shelin Puspa Arum<sup>2</sup>, Royya Zahrotul Mala<sup>3</sup>

Universitas Negeri Malang, Malang, 6531, Indonesia, zrmorra@gmail.com

Universitas Negeri Malang, Malang, 6531, Indonesia, shelinpuspa2802@gmail.com

Universitas Negeri Malang, Malang, 6531, Indonesia, royyaz48@gmail.com

\*Corresponding email: zrmorra@gmail.com

### Abstract

*Smallpox was one of the epidemics that hit Java since the beginning of the Dutch colonial rule and infected almost all of Java in the early 19<sup>th</sup> century. Smallpox vaccination is the oldest preventive effort to tackle this disease. During the Dutch and British rule, the smallpox epidemic was resolved by the spread of smallpox vaccination efforts in Java. The Organization for implementing vaccination continued to be developed and refined until the beginning of the 20<sup>th</sup> century. Thanks to this, the Java region was almost free from the smallpox epidemic. Before the Dutch colonial period ended and smallpox only appeared in a few places as a sporadic case. During the independence period, smallpox disease was invaded in the Old Order and New Orders due to irregular vaccination during the Japanese occupation and the war for independence. The adoption of the mass-enacting policy in 1951 succeeded in inhibiting the spread of smallpox outbreaks but left behind pockets of infection in several areas. Efforts to eradicate smallpox in the form of mass vaccination continue to be conducted despite obstacles until finally, the WHO (World Health Organization) declared that Indonesia was free of smallpox on April 25, 1974. The main focus of this study was to explain how the Indonesian government's policies and economic constraints and impacts especially on the Old Order and New Order in overcoming the smallpox epidemic in Java.*

### Keywords

Policy; Economic impact; Vaccination; Smallpox; Pagebluk

### Abstrak

Cacar merupakan salah satu epidemi yang melanda Jawa semenjak awal masa pemerintahan kolonial Belanda dan menjangkiti hampir seluruh wilayah Jawa pada awal abad ke-19. Vaksinasi cacar atau pencacaran merupakan upaya preventif tertua untuk menanggulangi penyakit ini. Pada masa pemerintahan Belanda dan Inggris, epidemi cacar dapat terselesaikan dengan adanya upaya pencacaran yang mulai diperluas di Jawa. Organisasi pelaksanaan pencacaran terus dikembangkan dan disempurnakan hingga awal abad ke-20. Berkat hal tersebut wilayah Jawa hampir terbebas dari wabah cacar. Sebelum masa penjajahan Belanda berakhir penyakit cacar hanya timbul di beberapa tempat sebagai kasus sporadik. Pada masa kemerdekaan, penyakit cacar kembali merebak di masa Orde Lama dan Orde Baru akibat vaksinasi yang tidak teratur selama pendudukan Jepang dan perang kemerdekaan. Penerapan kebijakan pencacaran masal di tahun 1951 berhasil menghambat penyebaran wabah cacar namun meninggalkan kantong-kantong infeksi di beberapa daerah. Upaya pemberantasan penyakit cacar berupa vaksinasi masal terus dilakukan meskipun mengalami berbagai kendala hingga akhirnya WHO (World Health Organization) menyatakan bahwa Indonesia bebas cacar pada 25 April 1974. Fokus

utama kajian ini berupaya menjelaskan bagaimana kebijakan pemerintah Indonesia berikut juga kendala dan dampak secara ekonomi khususnya pada masa Orde Lama dan Orde Baru dalam mengatasi epidemi penyakit cacar di Jawa.

#### **Kata kunci**

Kebijakan; Dampak ekonomi; Vaksinasi; Cacar; Pagebluk

*\*Received: April 2021*

*\*Revised: June 2021*

*\*Accepted: July 2021*

*\*Published: July 2021*

### **Pendahuluan**

Cacar atau variola merupakan satu dari sekian penyakit rakyat yang menjangkiti masyarakat Indonesia, terutama Jawa. Cacar disebut juga sebagai penyakit karantina. Penyakit cacar merupakan wabah yang ditakuti di sebagian besar Asia Tenggara. Pada abad ke-16, cacar menjadi penyakit endemik di pusat-pusat penduduk dan perdagangan yang besar. Menurut catatan orang Portugis dan Spanyol, penyakit cacar merupakan pembunuh penduduk di Maluku dan Filipina-Ternate di tahun 1558 (Reid, 2014: 67-68). Masuknya penyakit cacar ke wilayah Jawa sendiri diyakini pada tahun 1644 di Batavia dan mulai menyebar ke beberapa wilayah lain, baik di Jawa maupun luar Jawa pada abad selanjutnya. Penyakit ini menjangkiti hampir seluruh wilayah Jawa pada awal abad ke-19 (Baha'uddin, 2006:288).

Baha'uddin (2006) menjelaskan bahwa cacar telah menjadi penyakit endemik sekaligus epidemi di Jawa sepanjang abad ke-19 yang artinya penyakit ini senantiasa menyerang kesehatan penduduk. Cacar merupakan penyakit siklis atau muncul pada periode tertentu dan bangkit setiap tujuh hingga sepuluh tahun (Reid, 2014: 68; Baha'uddin, 2006:289).

Pada awal abad ke-19 vaksinasi mulai digunakan oleh pemerintah kolonial sebagai upaya penanganan penyakit cacar. Vaksinasi cacar merupakan usaha preventif paling tua untuk menangani penyakit ini. Bibit vaksin cacar yang berasal dari Pulau Isle de France (timur Madagaskar), pertama kali tiba di Batavia pada bulan Juni 1804 dengan perantara 10-12 budak anak belian berusia 6-12 tahun yang berturut-turut divaksinasi (Depkes RI, 1992: 13; Baha'uddin, 2006: 290). Awalnya vaksinasi cacar hanya diberikan kepada pada penduduk Bumiputra yang tidak menolak vaksinasi dan mereka yang sehari-hari berinteraksi dengan orang Eropa. Upaya vaksinasi atau pencacaran mulai diperluas oleh Thomas Stanford Raffles di Jawa dengan menggunakan juru cacar pribumi yang mendapat pendidikan di rumah sakit tentara (Depkes RI, 1992:13).

Pemerintah kolonial Hindia Belanda memperkirakan sedikitnya sebanyak 25% penduduk Jawa telah menjalani vaksinasi pada tahun 1835. Vaksinasi pernah dijadikan sebagai peraturan tidak wajib bagi anak-anak yang hendak memasuki sekolah dasar (Cribb, 2012:92). Cacar yang dahulu merupakan salah satu penyakit menular yang ditakuti dan menelan banyak korban, melalui pencacaran yang dilakukan sejak awal abad ke-19, menunjukkan hasil yang cukup baik pada tahun 1840 (Creutzberg, dkk., 1987:29). Sebelum masa kolonial berakhir, Jawa hampir terbebas dari wabah penyakit cacar. Organisasi pelaksanaan pencacaran terus dikembangkan dan disempurnakan hingga awal abad ke-20. Berkat hal tersebut wilayah Jawa hampir terbebas dari wabah cacar. Sebelum masa penjajahan Belanda berakhir penyakit cacar hanya timbul di beberapa tempat sebagai kasus sporadik.

Pada masa kemerdekaan, penyakit cacar kembali merebak di masa Orde Lama dan Orde Baru akibat vaksinasi yang tidak teratur selama pendudukan Jepang dan perang kemerdekaan. Karya tulis ilmiah ini berupaya menjelaskan bagaimana kebijakan pemerintah Indonesia berikut juga kendala dan dampak khususnya pada masa Orde Lama dan Orde Baru dalam mengatasi epidemi penyakit cacar di Jawa. Secara akademis penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi perkembangan kajian epidemiologi dalam historiografi Indonesia, khususnya kajian mengenai penanganan epidemi dalam sejarah.

### **Metode**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode sejarah yang dimulai dari heuristik atau pengumpulan sumber-sumber sejarah yang relevan dengan tema atau topik yang dipilih (Suhartono, 2010:15). Jadi, dalam hal ini peneliti mencoba mengumpulkan beberapa sumber sejarah yang dikelompokkan menjadi sumber utama dan sumber pendukung. Mengenai sumber utama yang digunakan adalah buku-buku dan foto-foto yang relevan dengan topik. Lalu untuk sumber pendukung menggunakan artikel-artikel yang relevan dengan topik yang dipilih. Setelah tahap pengumpulan sumber atau heuristik sudah dilakukan, maka tahap selanjutnya yaitu kritik sumber untuk kemudian diolah dan disaring kembali sumber-sumber yang telah dikumpulkan. Kritik sumber terbagi menjadi dua yaitu kritik intern dan kritik ekstern. Kritik intern berkaitan dengan penilaian intrinstik terhadap sumber-sumber dan melakukan perbandingan dari berbagai kesaksian sumber sejarah lain (Priyadi, 2014:103). Kritik ekstern berkisar pada tiga pertanyaan yaitu sumber dikehendaki atau tidak, sumber asli atau turunan dan sumber itu utuh atau telah diubah (Priyadi, 2014:98). Tahap selanjutnya adalah interpretasi pada data-data yang perlu dilakukan untuk menghindari subjektifitas dalam penulisan sejarah. Historiografi merupakan tahap terakhir dalam metode sejarah. Historiografi ini merupakan cara penulisan, pemaparan, atau pelaporan hasil penelitian sejarah yang telah dilakukan. Ini merupakan usaha untuk menuliskan sejarah secara kronologis, logis, dan sistematis dengan memaparkan fakta-fakta sejarah yang diperoleh sehingga akan dihasilkan suatu kisah yang ilmiah. Hasil dari historiografi ini adalah artikel yang berjudul “*Cacar di Jawa: Dua Orde Dalam Penaklukan Pagebluk*”.

### **Hasil dan Pembahasan**

#### **Penyakit cacar pada era Orde Lama**

Wabah penyakit cacar pada masa pemerintahan Kolonial Belanda berhasil ditangani berkat organisasi vaksinasi yang baik. Bahkan pada masa pemerintahan Kolonial Belanda, penyakit cacar hanya timbul sebagai kasus sporadik. Sebelum Perang Dunia II, pencacaran secara rutin menurut sistem dilakukan oleh seorang juru cacar yang bertanggung jawab memberikan vaksinasi (bagi para bayi) dan revaksinasi atas daerah tertentu dan tiap desa atau bagiannya paling sedikit satu kali dalam 3 bulan. Selama masa pendudukan Jepang dari tahun 1942 hingga 1945, pencacaran rutin telah diabaikan bahkan dihentikan. Hal demikian menyebabkan status imunisasi dalam taraf rendah sehingga wabah cacar kembali melanda Indonesia pada tahun 1948. Berasal dari Singapura/Malaka, wabah cacar masuk melalui lalu lintas laut kemudian lalu lintas darat (pelabuhan dan jalan perhubungan). Wabah cacar berkecamuk dari Barat hingga ke Timur, secara berangsur-angsur menyebar di Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara (Depkes RI, 1992:32).

Sumber lain menyebutkan bahwa cacar teridentifikasi tahun 1947, tepatnya di Riau dan menjadi endemik. Hingga ada akhirnya menyebar ke penjuru Indonesia, terutama Pulau Jawa (tidak menyebar sampai Sulawesi dan Nusa Tenggara Barat karena penduduk yang jarang). Tahun 1950 terdata sebanyak 99.016 kasus cacar (Fenner F. dkk., 1988:632). Hal tersebut menimbulkan banyak kematian. Wilayah dengan penduduk terpadat yakni pulau Jawa mendapat dampak paling besar dari berkecamuknya wabah cacar ini.

#### 1. Kebijakan pemerintah

Pemerintah akhirnya melakukan pencacaran massal pada tahun 1951 untuk mengatasi penyebaran cacar akibat berkecamuknya wabah di tahun 1948. Di samping itu pemerintah juga tetap melakukan vaksinasi rutin. Pencacaran dilakukan di rumah sakit, BKIA, poliklinik hingga balai desa. Berkat usaha tersebut kasus penyakit cacar dapat diturunkan menjadi 9.811 di tahun 1952 dari 100.951 orang pada tahun 1951 (Kemenkes RI, 2011:40). Wabah ini meninggalkan kantong infeksi di beberapa daerah dimana pencacaran massal maupun rutin tidak dapat dilakukan secara sempurna. Karena pembasmian penyakit cacar di berbagai pelosok, maka vaksin cacar terkadang terpaksa diangkut dari pulau ke pulau. Mereka yang mendapat pencacaran adalah bayi yang berumur tiga bulan. Vaksinasi ulang dilakukan lima tahun sekali. Setiap tahun juru cacar berputar empat kali di wilayahnya untuk melakukan vaksinasi maupun revaksinasi (Depkes RI, 1992:50).

Salah satu daerah yang terkena wabah cacar pada tahun 1950 adalah Surabaya. Dalam hal ini upaya pemerintah dalam mengatasi wabah penyakit cacar yaitu memberikan vaksin cacar yang diberikan kepada masyarakat Surabaya secara rutin di Kantor Lingkungan Ketabang. Selain itu, pemerintah Surabaya membuat program yang bernama *kampoeng verbetering*<sup>1</sup> untuk memperbaiki lingkungan pada tahun 1954 (Malasari, 2019).

Pada masa pemerintahan Soekarno yang berlangsung pada tahun 1945–1965, dibentuk Djawatan Kesehatan Kota atau yang disingkat dengan DKK di tiap kota-kota besar. Tugas Djawatan Kesehatan Kota di sini adalah menjaga kesehatan penduduk agar tidak terjangkit penyakit endemik (Malasari, 2019). Pemerintah Surabaya juga segera mengambil tindakan dengan membangun jawatan kesehatan kota yang bertugas menjaga kesehatan penduduk kota sekaligus mencegah beberapa hal, seperti:

1. Mencegah penyakit menular
2. Menekan tingginya angka kematian
3. Melakukan pemeriksaan secara 'hygiene'
4. Pemberian suntik cacar kepada masyarakat<sup>2</sup> (Departemen Kesehatan RI, 1978: 131).

Vaksinasi rutin dilanjutkan secara teratur pada tahun-tahun selanjutnya dengan cakupan vaksinasi sekitar 70–80 persen. Dalam kurun waktu 1950–1959 jumlah kasus penyakit cacar cenderung menurun, sedangkan angka kematian (*case*

<sup>1</sup> Program perbaikan kampung mewujud di tiga kota besar: Batavia, Semarang, dan Surabaya dimana sasarannya yaitu memperbaiki kualitas jalan, gang, selokan, dan pembangunan fasilitas mandi dan kakus umum. (Historia.id)

<sup>2</sup> Pada periode tersebut, metode vaksinasi yang digunakan sebelum penggunaan jarum suntik adalah tangan atau kaki disayat menggunakan alat yang berbentuk seperti pen dengan ujung seperti silet. Pen tersebut ditorehkan di bagian tangan, dan akhirnya membentuk bekas atau tanda cacar yang lumayan besar (Wawancara Ngatumi)

*fatality rate*) antara 7,5 persen dan 42,5 persen (Kemenkes RI, 2011:40). Hasil pencacaran rutin anak-anak di bawah umur satu tahun rata-rata memuaskan. Akan tetapi terdapat tiga daerah yang menunjukkan angka kurang dari 10 persen yakni Jakarta dengan angka 4,6 persen. Angka-angka antara penderita anak dan dewasa relatif sama dalam wabah kecil (akhir 1950 dan awal 1959) (Depkes RI, 1992: 50).

## **2. Berlanjutnya pembasmian penyakit cacar dan kendalanya**

Pembasmian penyakit cacar terus diupayakan dalam kurun waktu 1960–1967 dengan melanjutkan vaksinasi rutin dan masal. Masing-masing Daerah Swatantra Tingkat I (Daswati I) melakukan pengadaan vaksin dan tidak lagi dipusatkan sehingga pelaksanaannya menjadi tidak sama. Hal yang menjadi kendala lain adalah mantri cacar di beberapa daerah tidak mendapat gaji dan uang jalan yang cukup, menyebabkan mereka tidak dapat melaksanakan tugas. Akibatnya jumlah kasus cacar meningkat kembali sejak tahun 1960. Jumlah kasus cacar dari tahun 1960 hingga 1967 di seluruh Indonesia antara 13.500 dan 17.500 orang per tahun dengan kasus meninggal antara 1000 dan 1800 orang per tahun (Kemenkes RI, 2011:40).

Pada tahun 1963 pemerintah menyusun “Rencana Lima Tahun Pemberantasan Cacar”. Rencana tersebut disampaikan pemerintah di New Delhi, India dalam “*Technical Discussion during the Seventeenth Session of the WHO Regional Committee*” tahun 1964. Rencana tersebut dibagi menjadi dua tahap, yakni: Tahap awal selama tiga tahun berfokus menghilangkan sumber penularan di daerah endemik dan meningkatkan kekebalan daerah yang berbatasan di sekitarnya. Tahap selanjutnya adalah meningkatkan cakupan vaksinasi rutin minimal 80 persen dari seluruh penduduk untuk mengonsolidasi tahap awal. Dalam pelaksanaan rencana tersebut akan diikutsertakan Komando Pembasmian Malaria (Kopem) yang memiliki organisasi sudah masuk hingga pelosok desa. Kemudian dibentuklah Komando Pemberantasan Cacar di tingkat pusat dan provinsi. Organisasi ini berada di luar struktur Dinkes, namun kegiatan vaksinasi rutin tetap menjadi tanggung jawab Dinkes (Kemenkes RI, 2011:41; Depkes RI, 1992:75).

Pelonjakan kasus cacar kembali terjadi di tahun 1965 hingga mencapai lebih dari 56.359 orang dengan 1.827 kasus meninggal. Peningkatan kasus cacar tersebut berkaitan erat dengan situasi politik yakni adanya Gerakan 30 September yang menimbulkan penurunan kinerja dalam upaya pemberantasan cacar (Kemenkes RI, 2011:41). Daerah-daerah yang terganggu keamanannya sulit dikunjungi petugas bahkan ada rakyat yang tidak mendapat vaksinasi selama lima tahun (Depkes RI, 1992:75).

Provinsi-provinsi di Jawa yang melaporkan banyak kasus cacar dalam kurun waktu 1963-1967 yakni Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Tahap awal (1963-1965) dilaksanakan gerakan satu kali vaksinasi dengan sasaran daerah endemik di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan provinsi lainnya. Selain itu daerah yang berbatasan dengan daerah endemik di Provinsi Jakarta Raya, Jawa Timur, dan Sumatera utara juga turut divaksinasi. Pelaksanaan vaksinasi ini tidak mencakup semua daerah akibat keterbatasan biaya. Tahap selanjutnya dimulai tahun 1966 di Jawa Tengah dan Jawa Timur. Tidak ada catatan mengenai cakupan pelaksanaan kedua tahap ini (Kemenkes RI, 2011:41–42). Berikut adalah sajian kurva wabah cacar yang terjadi di Jakarta dalam kurun waktu 1963–1967.

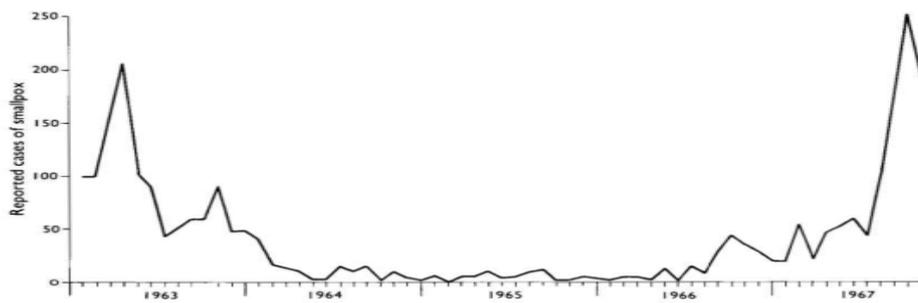


Fig. 13.1. Jakarta Municipality: number of reported cases of smallpox, by 4-week intervals, 1963–1967.

**Gambar 1.** Kurva cacar tahun 1936-1967  
 (Sumber: Fenner F. dkk., 1988:629)

Melalui kurva kasus cacar di atas bisa disimpulkan bahwa wabah penyakit cacar mengalami peningkatan kasus pada tahun 1967 hingga mencapai 250 kasus. Selama tahun 1967, 1265 kasus dengan 413 kematian tercatat akibat wabah cacar (Fenner, dkk., 1988:630). Selama tahun 1967 juga, di 49 kota telah melakukan vaksinasi sebanyak 384.000. Meskipun begitu, pesebaran penyakit cacar begitu cepat melalui sumur atau sanitasi.

**Tabel 1.** kasus cacar di Jakarta dan Jatim tahun 1965-1966

Kelompok Usia	Jakarta	Jawa Timur
<1	13%	11%
1-4	55%	37%
5-14	16%	28%
>15	16%	24%
Jumlah kasus	308	4442

(Sumber: Fenner F. dkk., 1988: 634)

Dari tabel di atas bisa dilihat bahwa usia anak yang rentan terhadap penyakit cacar adalah 1–15 tahun dimana anak-anak dengan rentan usia 1–4 tahun yang lebih besar kemungkinan terkena penyakit cacar.

**Tabel 2.** laporan vaksinasi 1963-1967

Provinsi	Perkiraan Populasi	Jumlah vaksinasi				
		1963	1964	1965	1966	1967
Jawa Tengah	20.225	3.601	3.866	6.188	4.648	7.386
Jawa Barat	19.122	2.542	2.106	2.986	3.294	3.545
Jakarta	3.500	634	1.844	103	1.344	469
Jogjakarta	2.462	370	318	637	381	1.059

(Sumber: Fenner F. dkk., 1988:634)

Dari tabel di atas bisa disimpulkan bahwa upaya pemerintah dalam mengatasi wabah cacar ini terus dilakukan di daerah Jawa selama kurun waktu 1963–1967 (lihat tabel 1). Bahkan pemerintah melakukan kampanye vaksinasi masal khusus dilakukan di beberapa daerah, seperti Jakarta pada tahun 1962-1963, Jawa Timur 1964, Jawa pada tahun 1965 dan Jawa Tengah pada tahun 1966 (Fenner, dkk., 1988:634).

## Penyakit cacar pada era Orde Baru

Penyakit cacar semakin terlihat jinak pada masa Orde Baru, tidak seperti masa sebelumnya saat penyakit cacar menelan korban jiwa. Keganasan dari penyakit cacar telah berangsur pudar pada masa orde baru karena upaya penanganan pada masa orde lama yang secara teratur telah dilakukan. Seperti halnya berikut ini beberapa upaya pembasmian penyakit cacar di Jawa pada masa orde baru:

### 1. Program pembasmian penyakit cacar (P3C)

Pada Januari 1968 Menteri Kesehatan dan Direktur Regional WHO menandatangani *Plan of Operation Smallpox Eradication Program* untuk wilayah Asia. Di tahun itu juga merupakan tahun awal pelaksanaan Program Lima Tahun Pembangunan Tahap I (Pelita I). Keadaan ini sangatlah mendukung dari aspek pendanaan untuk kelancaran operasional program pembasmian cacar. Pelaksanaan program tersebut diawali dengan pengumpulan data dasar melalui *scar survey* di Jawa untuk mengetahui angka anak usia 0-14 tahun yang rentan akan cacar, yakni dengan cara diperiksa lengan bagian atas anak apakah terdapat bekas pencacaran. Berdasarkan hasil survei tersebut diketahui persentase anak yang belum pernah dicacar antara 12 hingga 25 persen. Melalui hal itu dapat disimpulkan bahwa anak-anak di Jawa memiliki derajat kerentanan tinggi terhadap penyakit cacar. Data kasus cacar dari seluruh provinsi dari tahun 1963 hingga 1967 juga digunakan sebagai data dasar. Hasilnya menunjukkan penyakit cacar tersebar di hampir seluruh provinsi (kecuali NTB, NTT, Maluku, dan Irian Jaya yang sama sekali tidak terdapat kasus penyakit cacar) (Kemenkes RI, 2011:42).

### 2. Seminar nasional program Pembasmian Penyakit Cacar

Seminar Nasional Program Pembasmian Penyakit Cacar diselenggarakan pertama kali tanggal 19–22 Februari 1968 di Ciloto, Jawa Barat. Semua aspek teknis dan manajemen P3C di Jawa dan Bali dibahas dalam pertemuan tersebut. Kesimpulan dari pertemuan tersebut adalah kebijakan dan strategi *tracing* penderita, pencegahan penyebaran penyakit, pelaksanaan vaksinasi, surveilans, dan penilaian. Pencacaran ditujukan untuk semua golongan umur dengan alat *bifurcated needle* (*multiple puncture*) sebagai ganti pena cacar. Alat tersebut lebih efektif dan tidak meninggalkan bekas luka yang terlalu besar dan panjang. Vaksin kering yang lebih kuat dan lama masa kedaluwarsa juga digunakan (Kemenkes RI, 2011:43).

Tabel 4. Laporan cacar provinsi Jawa 1963-1972

Provinsi	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Jawa Barat	13.773	2.994	809	1.419	4.518	9.548	11.966	4.490	186	34
Jakarta	1.155	174	99	223	1.504	1.231	392	130	9	0
Jogjakarta	0	0	6	40	34	3	2	0	0	0
Jawa Tengah	1.196	1.509	3.289	2.727	2.563	4.608	1.689	28	0	0
Jawa Timur	178	8.896	3.6120	2.284	1.448	264	20	0	0	0

(Sumber: Fenner F. dkk., 1988: 635)

Berdasarkan tabel diatas, dapat diamati kasus wabah cacar di Jawa dalam kurun waktu 1963–1972 mengalami dinamika, seperti yang terjadi di Jawa Barat jumlah kasus wabah cacar tertinggi terjadi pada tahun 1963 dan 1969, kemudian Jakarta pada tahun 1967–1968, Yogyakarta tahun 1966–1967, Jawa Tengah tahun

1965 dan 1968, Jawa Timur 1964–1965. Terhitung lebih dari 100.000 kasus telah terjadi pada tahun 1967 di Jawa (Fenner, dkk., 1988: 635).

Selama vaksinasi yang berlangsung dari 1968–1973, yang sudah melakukan vaksinasi primer terbanyak terjadi pada tahun 1969–1971 sekaligus yang melakukan vaksinasi ulang (lihat tabel 5). Mengenai tahun 1972–1973 program vaksinasi primer dan vaksinasi ulang mengalami penurunan karena jumlah kasus penyakit cacar yang ada di Indonesia, khususnya di Jawa hanya ditemukan di beberapa daerah di Jawa Barat

**Tabel 5.** vaksinasi dan revaksinasi 1968-1973

Tahun	Angka vaksinasi			Persentase populasi tercapak	
	Vaksinasi primer	Vaksinasi ulang	Total	Vaksinasi primer	Vaksinasi ulang
1968	3.565.995	13.372.121	16.938.116	3.1	11.6
1969	4.088.302	22.764.044	26.852.346	3.5	19.4
1970	5.755.770	27.058.671	32.814.441	4.8	22.5
1971	4.957.651	19.668.733	24.626.384	4.0	16.0
1972	3.849.808	8.843.681	12.693.489	3.1	7.0
1973	3.874.766	6.329.022	10.203.788	3.0	4.9

(Sumber: Fenner F. dkk., 1988: 640–641).

Mengenai produksi vaksin sudah dilakukan oleh pemerintah atas bantuan WHO di mana WHO menyediakan alat-alat untuk produksi vaksin. Bahkan, laboratorium Biofarma yang ada di Bandung memulai produksinya pada tahun 1968 yang nantinya vaksin tersebut akan didistribusikan ke berbagai kota untuk kebutuhan vaksinasi cacar). Para vaksinator juga mendapat bantuan dari WHO terkait program pelatihan pemberian vaksinasi karena vaksinator yang bekerja sebagian kurang berpengalaman (Ferner dkk. 1988:639–641).

Adapun Program Pembasmian Penyakit Cacar telah dilaksanakan pada tahun 1968 di Jawa dan Bali. Selanjutnya, Provinsi Jawa Barat dan Bali menjadi prioritas utama pemerintah dengan pertimbangan banyaknya jumlah kasus serta mudah dijangkau. Pada fase awal pelaksanaan dilakukan pelatihan tenaga pelaksana secara berjenjang di setiap tingkat administrasi pemerintahan. Juru cacar di tingkat kecamatan dilatih kabupaten, wakil supervisor tingkat kabupaten dilatih provinsi, dokter dan supervisor tingkat pusat, provinsi, keresidenan, serta kabupaten dilatih di Balai Latihan Kesehatan Masyarakat (BLKM) Ciloto. Setiap tingkat dari kabupaten hingga ke pusat dilengkapi vaksin yang cukup, kendaraan (mobil, sepeda motor, dan sepeda) dan pedoman dan petunjuk teknis pelaksanaan. Sarana dan anggaran disediakan Depkes, bantuan WHO, UNICEF dan beberapa pemerintah daerah (Kemenkes RI, 2011:44).

Seminar Nasional Program Pembasmian Penyakit Cacar kedua diselenggarakan tanggal 27–30 Januari 1969 di Ciloto, Jawa Barat. Seminar kedua membahas rencana pengembangan dan perluasan P3C ke luar Jawa dan Bali. Selain itu diputuskan untuk melanjutkan strategi *Surveillance Containment Action* yang merupakan upaya pemutusan rantai penularan melalui cara vaksinasi penduduk sekitar penderita cacar disertai pencarian penderita tambahan (*active search*). Tujuannya adalah untuk mencari sumber penularan yakni orang yang menulari

penderita (*backward tracing*) serta orang yang pernah kontak dengan penderita selama sakit (*forward tracing*). Pada akhir 1969, tiga provinsi (Yogyakarta, Jawa Timur, dan Kalimantan Barat) berhasil terbebas dari cacar (Kemenkes RI, 2011: 45–46).

Seminar Nasional Progam Pembasmian Penyakit Cacar ketiga diselenggarakan tanggal 21–25 September 1970 di Makassar, Sulawesi Selatan. Hasil seminar tersebut adalah dirumuskannya upaya peningkatan pencacaran dan strategi surveilans untuk memutus mata rantai penularan serta pembahasan mengenai bagaimana melindungi tanpa kasus penderita cacar. Pada tahun 1970 terjadi penurunan jumlah kasus menjadi 10.081 orang jika dibandingkan tahun 1969 yakni sejumlah 17.972 orang. Jumlah provinsi yang terjangkit juga berkurang menjadi 93 kabupaten di sebelas provinsi di tahun 1970 jika dibandingkan tahun sebelumnya yakni 105 kabupaten di lima belas provinsi (Kemenkes RI, 2011: 46–47).

Seminar Nasional Progam Pembasmian Penyakit Cacar keempat diselenggarakan tanggal 11–15 Oktober 1971 di Medan. Dalam seminar itu diputuskan akan ditingkatkannya strategi *Surveillance Containment Action* dan vaksinasi rutin di daerah endemik dan terjangkit. Keberhasilan strategi tersebut untuk menurunkan jumlah kasus dan membatasi penyebaran penyakit cacar akhirnya mengubah sudut pandang berbagai negara, khususnya Indonesia terhadap pembasmian cacar, yaitu dari upaya perlindungan orang agar tidak tertular penyakit cacar menjadi upaya penghilangan sumber penularan. Pada awal tahun 1971, jumlah provinsi yang terjangkit cacar menjadi enam provinsi yakni Jawa Barat, DKI Jakarta, Sumatera Utara, Riau, Jambi, dan Sulawesi Selatan. Pada akhir tahun 1971 Indonesia nyaris tidak terdapat kasus cacar hingga terjadi letusan penderita cacar di Kecamatan Sepatan, Kabupaten Tangerang, Jawa Barat dan berlanjut sampai awal tahun 1972 (Kemenkes RI, 2011: 48–49).

Seminar Nasional Progam Pembasmian Penyakit Cacar kelima diselenggarakan tanggal 25–28 September 1972 di Bandung membahas mengenai kemungkinan permasalahan dua tahun ke depan sebab syarat suatu negara dinyatakan bebas cacar adalah tidak ada lagi penderita cacar setelah dua tahun penderita terakhir. Selama periode 1972–1974, kebijakan tahun 1971 tetap dilanjutkan. Akhirnya pada 15–26 April 1974 Tim Independen WHO melaksanakan evaluasi selama lima hari di provinsi yang ditemukan kasus cacar selama 1971–1972. Terhitung 25 April 1974 Indonesia dinyatakan bebas cacar (Kemenkes RI, 2011: 49–50). Meskipun Indonesia dinyatakan bebas cacar, namun sebagian masyarakat masih mengalami serangan cacar. Pernyataan bahwa Indonesia bebas cacar ini mengacu pada cacar yang ganas, bisa dikatakan bahwa cacar yang ada saat ini tidak seganas cacar pada masa sebelumnya yang bisa merenggut nyawa seseorang.

## **Kesimpulan**

Wabah penyakit atau pagebluk (yang dikenal dalam istilah bahasa Jawa) akan selalu muncul dalam kurun waktu tertentu. Belajar dari mewabahnya penyakit cacar, upaya penanganan yang terus menerus, kerja sama dan koordinasi dengan berbagai pihak harus tetap dilakukan hingga pada akhirnya wabah dapat teratasi. Berhasilnya metode dan langkah pembasmian penyakit cacar dapat diambil sebagai pelajaran ke depan, terutama dalam penanganan COVID-19. Tulisan ini tentu masih banyak

kekurangan. Beberapa pembahasan mengenai sejarah kesehatan khususnya penyakit cacar masih banyak yang dapat dikembangkan sehingga memperkaya historiografi Indonesia.

### **Daftar Rujukan**

- Baha'uddin. (2006). *Dari mantri hingga Dokter Jawa: studi kebijakan pemerintah kolonial dalam penanganan penyakit cacar di Jawa abad XIX-XX* retrivied from <<https://jurnal.ugm.ac.id/jurnal-humaniora/article/view/884>>.
- Creutzberg, P & J. T. M. van Laanen (eds). (1987). *Sejarah statistik ekonomi Indonesia*. Yayasan Obor Indonesia. Jakarta.
- Cribb, R.B., Audrey Kahin. (2004). *Historical dictionary of Indonesia*. USA: Scarecrow Press.
- Departemen Kesehatan. (1978). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia jilid 1*. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Depkes RI. (1992). *Almanak pembangunan kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Fenner, F. dkk. (1988). *Smallpox and Eradication*. Geneva: World Health Organization
- Historia.id. (2020). *Dari perbaikan kampung sampai Kampung Pelangi*, retrivied from <<https://historia.id/urban/articles/dari-perbaikan-kampung-sampai-kampung-pelangi-Dr988>>.
- Kuntowijoyo. (2004). *Metodologi sejarah*. PT. Tiara Wacana Yogya. Yogyakarta.
- Malasari, N.N. (2019). *Dari hulu ke hilir: perubahan pola kebijakan dalam pelayanan kesehatan masyarakat Surabaya tahun 1945-1955*, retrivied from <[https://www.academia.edu/41043817/Dari\\_Hulu\\_Ke\\_Hilir\\_Perubahan\\_Pola\\_Kebijakan\\_dalam\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_Masyarakat\\_Surabaya\\_Tahun\\_1945\\_sampai\\_1955](https://www.academia.edu/41043817/Dari_Hulu_Ke_Hilir_Perubahan_Pola_Kebijakan_dalam_Pelayanan_Kesehatan_Masyarakat_Surabaya_Tahun_1945_sampai_1955)> diakses pada 25 Juli 2020>
- Pranoto, W.S. (2010). *Teori dan metodologi sejarah*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Priyadi, S. (2014). *Metode penelitian pendidikan sejarah*. Ombak. Yogyakarta.
- Reid, A. (2014). *Asia Tenggara dalam kurun niaga 1450-1680*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia. Jakarta.
- Wasisto, B., Suroso, T., Hoesein, R., & Syukur, A. (2011). *Sejarah pembangunan kesehatan Indonesia 1973-2009*. Kementrian Kesehatan RI. Jakarta.