
Persebaran Penyakit di Kawasan Laut Jawa Abad XIX - XX

Didik Pradjoko, Imas Emalia

didik.prajoko@ui.ac.id, imas.emalia@uinjkt.ac.id
Universitas Indonesia, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Abstract

This article discussed about the process of diseases spreading along the Java Sea area during the 19th and the early 20th century. This study uses the historical method which consists of four stages, namely heuristics, criticism, interpretation, and historiography. The purpose of this research is to reconstruct past events, especially on the outbreaks happened in the Java Sea area and how the colonial government dealt with the occurrence. The article applied Braudel's structural theory (1988) to analyze the existence of structures, which were taking a role in the process of diseases spreading. This analysis was supported by the concept of 'silent barter', developed by Knapen (1995) as a benchmark to determine factors that caused the spread. The results allowed us to discover that the dynamics of shipping and trading in the Java Sea at that time were part of the whole pandemic situation. There were at least two diseases discussed as the main focus of this article, smallpox and cholera, as these two severely affected the trading and shipping activity. These diseases were carried by the crews of ships escaping the quarantine doctors who carried out medical examination at various ports. Several ports in Java, such as Batavia, Semarang, Cirebon, and Surabaya, had become the epicenters of the outbreak. The government applied a regulation to attached a yellow flag to the ship contaminated by the plague before they entered the port area. The yellow flag functioned as an identifying marker. The regulation was supposed to limit the spread of diseases from the coastal area of Java to the mainland, as well as to gain more attention from other ships and doctors resided near the ports. The yellow flag system made it easier for the government and doctors to handle smallpox and cholera outbreaks, even though there had been some aberrations in economic activities in this area.

Keywords: *Shipping and Trading, Spread of Disease, Java Sea, Colonial Era.*

Abstrak

Artikel ini membahas tentang proses persebaran penyakit yang terjadi di kawasan Laut Jawa sekitar abad ke-19 hingga awal abad ke-20. Kajian ini menggunakan metode sejarah yang terdiri dari empat tahap yaitu heuristik, kritik, interpretasi, dan historiografi. Tujuan penelitian ini adalah untuk merekonstruksi peristiwa masa lalu tentang kasus wabah penyakit di kawasan Laut Jawa dan upaya penanganannya di masa kolonial. Adapun teori yang digunakan adalah teori struktural dari Braudel (1988) untuk menganalisa adanya struktur-struktur masyarakat yang berperan dalam proses persebaran penyakit. Analisa tersebut didukung dengan konsep yang dikembangkan Knapen (1995) tentang 'silent barter' sebagai tolok ukur menentukan faktor penyebab terjadinya persebaran penyakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dinamika pelayaran dan perdagangan di Laut Jawa masa itu tidak terlepas dari permasalahan wabah penyakit. Ada dua penyakit yang menjadi fokus kajian, yaitu cacar dan kolera yang sangat mempengaruhi proses pelayaran perdagangan. Kedua penyakit tersebut dibawa para awak kapal yang luput dari pemeriksaan dokter karantina di pelabuhan. Beberapa pelabuhan di Jawa seperti Batavia, Semarang, Cirebon, dan Surabaya kemudian menjadi daerah pangkal wabah. Pemerintah menerapkan aturan sistem bendera kuning untuk kapal-kapal wabah selama berlayar hingga masuk ke pelabuhan. Bendera kuning adalah sebagai penanda kapal wabah. Aturan tersebut dimaksudkan sebagai upaya mencegah persebaran wabah di kawasan Laut Jawa agar mendapat perhatian dari kapal-kapal lainnya dan dokter pelabuhan. Sistem bendera kuning

memudahkan pemerintah dan para dokter dalam penanganan wabah cacar dan kolera, sekalipun terjadi beberapa penyimpangan dalam kegiatan perekonomian di kawasan tersebut.

Kata kunci: Pelayaran dan Perdagangan, Persebaran Penyakit, Laut Jawa, Kolonial.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License

Pendahuluan

Permasalahan penyakit di dunia maritim telah diulas jauh sebelum abad ke-19 oleh (Braudel, 1988) ketika menjelaskan hancurnya peradaban Eropa dan dunia akibat persebaran penyakit pes atau *Black Death* di Laut Mediterania. Menurutnya, persebaran penyakit merupakan bagian penting dari permasalahan kesehatan manusia dan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi ekonomi dan politik. Faktor-faktor lainnya yang berkaitan dengan itu adalah demografi, geografi, perang, dan konflik. Kasus "*Black Death*" atau wabah pes di beberapa negara seperti di Eropa Barat di abad pertengahan (1100-1450), Cina (1346), Inggris (1348-1350 dan 1448), Amsterdam (1622-1628), Paris (1612-1668), dan London (1593 dan 1664-1665) sangat mempengaruhi populasi manusia di negara-negara tersebut.

Persebaran penyakit pes di Eropa saat itu terjadi ketika kontak sosial ekonomi di Laut Mediterania. Kapal dagang bermuatan sereal, gandum, pakaian, dan berbagai kebutuhan pokok manusia berlayar dalam misi dagang ke wilayah Asia seperti Cina, India, dan wilayah Asia Tengah. Saat yang bersamaan binatang tikus dari pelabuhan ikut serta terkapalkan di dalam tumpukan-tumpukan bahan dagangan itu. Di antara tikus-tikus itulah terdapat tikus pembawa bakteri yutisnia atau bakteri pes dari kutu-kutu tikus tersebut. Para awak kapal yang bertugas di gudang kapal menjadi sasaran pertama singgahnya kutu-kutu tersebut dan penyakit yang diakibatkannya kemudian disebut penyakit pes atau yang dikenal di Eropa dengan istilah *black death*. Penyakit pes bisa terjadi di kapal ketika tikus bersentuhan dengan manusia. Ketika kapal mendarat di pelabuhan-pelabuhan tujuan, tikus-tikus itu ikut terbawa ke daratan. Ketika tikus pembawa bakteri pes mati maka kutu-kutu tikus mencari inang untuk dihinggapinya, bisa ke manusia atau juga hewan. Saat itulah penyakit pes menyebar ke manusia.

Antara abad ke-12 hingga 17 sekitar lebih dari 100 juta orang meninggal sebagai korban pes di wilayah Eropa dan Asia. Menurut Braudel, dalam proses persebaran penyakit pes itu dapat dilihat adanya berbagai struktur yang saling terkait dan memiliki perannya masing-masing, mulai dari struktur kapal, komoditas dagang, manusia, system pelayaran, iklim, dan geografi. Kematian dalam jumlah besar berdampak terhadap jumlah petani penggarap, nelayan, dan anggota pemerintahan. Pada tahun 1673, secara mandiri masyarakat Florence (Italy) memiliki cara sendiri untuk membatasi penyebaran penyakit pes, yaitu dengan cara *lockdown* atau *quarantine* atau memblokir rumah-rumah penderita pes, menghentikan suplai makanan ke daerah wabah,

menghentikan aktivitas bisnis, dan meniadakan pelayanan agama. Upaya tersebut kemudian mendapat dukungan pemerintah Italy setelah dua tahun kemudian.

Menurut Goosjen, kasus persebaran penyakit merupakan ancaman besar bagi kemajuan peradaban manusia, terutama bagi proses perekonomian dan ilmu pengetahuan. Persebaran penyakit menghancurkan aktivitas perdagangan di berbagai kondisi lingkungan. Namun, di sisi lain dapat menjadi bagian dari proses penyembuhan atas penyakit itu sendiri dengan melihat tingkat daya tahan atau kekebalan tubuh yang dimiliki masyarakatnya. Para peneliti penyakit mulai melakukan analisisnya dari berbagai bidang ilmu sebagai upaya pencegahan dan pengobatan (Ahltom, A., 1992; Beaglehole, 1993; Braudel, 1988; Peter, 1991).

Dalam catatan Boomgaard (Boomgaard. et al, 1996) dijelaskan bahwa persebaran penyakit didukung oleh faktor alam, ketersediaan bahan makanan, dan tingkat aktivitas manusia. Sekalipun setiap wilayah memiliki perbedaan geografis yang berpengaruh terhadap ketersediaan pangan bagi penduduknya akan tetapi pada kondisi yang ekstrim menjadi faktor pendukung utama persebaran penyakit di wilayah itu. Oleh karenanya, analisa terhadap kasus wabah dapat menggunakan pendekatan berbagai disiplin ilmu. Peran ilmu humaniora bagi ilmu kesehatan, demikian juga ilmu lainnya dapat saling melengkapi untuk kasus-kasus yang terjadi di masyarakat.

Kasus mortalitas dan morbiditas di masa lalu dapat direkonstruksi oleh ilmu sejarah berdasarkan data-data yang tersimpan dalam waktu yang lama. Maka fungsi ilmu sejarah adalah merekonstruksi peristiwa itu sehingga memungkinkan ditemukan adanya pola yang sama yang menjadi faktor penyebab ketiga peristiwa itu, lebih jauh lagi dapat ditirukan jenis pencegahan dan pengobatan atas penyakit yang mengakibatkan tingkat mortalitas dan morbiditas itu tinggi. Bahkan, menurut Braudel dan Boomgaard, bahwa iklim yang ekstrim, ombak yang tinggi di lautan, serta banjir dan kekeringan di daratan dapat dijelaskan sebagai faktor utama yang mempengaruhi transaksi ekonomi (Boomgaard, 1997; Braudel, 1988). Konsep ini digunakan oleh (Suryo, 1989) dalam menganalisa perubahan sosial di Semarang abad ke-19.

Menurut Suryo bahwa banjir dan kekeringan di abad itu telah menurunkan kekebalan masyarakat. Ketika mereka kekurangan pangan, di saat yang bersamaan mereka juga terserang berbagai penyakit. Penurunan kekebalan tubuh manusia di masa itu mempermudah persebaran penyakit antarmanusia di lokasi itu. Pada masa itu Semarang diserang wabah kolera, cacar, dan malaria secara berturut-turut sejak tahun 1893-1894, 1896, dan 1898. Persebaran penyakit sampai ke pedalaman seiring dengan aktifitas ekonomi dari pelabuhan ke pedalaman, demikian sebaliknya. Tingkat persebaran penyakit di Semarang dalam waktu lama mengindikasikan tingkat derajat kesehatan masyarakat saat itu rendah.

Gelderen (1974) menjelaskan bahwa indikator derajat kesehatan masyarakat dalam masa tertentu berkaitan erat dengan kondisi lingkungan dan tingkat mortalitas yang terjadi di masa itu. Sekalipun pada umumnya, hal itu banyak terjadi di kota yang

kepadatan penduduknya lebih tinggi dibanding desa. Namun menurut Boeke, (1983) bahwa kondisi sosial di perkotaan adalah sebuah gambaran dari kondisi sosial pedesaan di wilayah itu. Ketika penduduk desa tidak lagi mampu hidup menurut prinsip-prinsip ekonomi (prakapitalis) maka dapat berujung kemiskinan secara merata baik di desa maupun kota. hal itu disebabkan karena suplai makanan dari desa ke kota, demikian sebaliknya, menentukan prinsip-prinsip prakapitalisme itu.

Di tahun 1880, angka kematian penduduk di Jawa berada pada rentang yang tinggi sekitar 525.101 jiwa (Boomgaard, 1991) dari jumlah penduduk sekitar 18.736.757 jiwa. Hingga awal abad ke-20, kematian penduduk Jawa meningkat lagi melebihi angka-angka tersebut, seperti di tahun 1916, angka kematian mencapai 586.757 jiwa. Kondisi tersebut terutama terjadi di daerah-daerah urbanisasi, di pusat pemukiman penduduk pribumi yaitu di sepanjang garis pantai utara pulau Jawa, dan di pusat pemerintahan yaitu di kota-kota kolonial. Di abad ke-19, penyebab angka kematian rerata karena faktor wabah penyakit, kelaparan, dan kemiskinan. Daerah-daerah fokus wabah penyakit di Jawa diantaranya Batavia, Cirebon, Semarang, Surabaya, Maluku, dan Makasar. Wabah penyakit yang terjadi saat itu adalah pes, typhus, disentri, kolera, malaria, cacar, sipilis, penyakit kulit, dan penyakit cacing tambang (Nitisastro, 1970).

Bahkan jauh sebelum itu, di abad ke-16 wabah penyakit cacar telah terjadi di Maluku sebelum kemudian menyebar ke Jawa. Wabah cacar menyebar setelah terjadi kontak dagang melalui jalur perairan di Laut Jawa untuk tujuan dari Maluku-Jawa-Malaka. Wabah cacar terjadi pertama kali di di Ternate pada tahun 1558. Kemudian, persebaran penyakit cacar pertama kali terjadi karena aktivitas dagang antara masyarakat Ternate dengan Ambon. Pada tahun 1564 persebaran penyakit cacar terjadi di Ambon secara merata. Persebaran penyakit melalui jalur perairan mulai terjadi seiring aktivitas perdagangan rempah dari Maluku ke Makassar di tahun 1668 hingga meluas ke wilayah perairan Laut Jawa. Awak kapal penderita cacar terdeteksi saat di kapal dan dalam beberapa hari penularan penyakit cacar terjadi di kapal (Kartodirdjo, 1987). Sementara itu, penyakit cacar menyebar di Jawa bersamaan dengan berbagai jenis penyakit lainnya sejak 1700 an, dan 1805-1940. Seperti penyakit kolera yang terjadi di tahun 1883, 1896-1899, 1901-1903, 1909-1913, dan 1915-1919; penyakit malaria di tahun 1882-1936, penyakit pes sejak tahun 1915, dan penyakit typhus sejak tahun 1880 (Breman, 1986; Peper, 1975). Bahkan, Reid mengulas persebaran penyakit malaria di wilayah Sumatera dan Kalimantan hingga 1930-an. Menurutnya, penyakit malaria dan penyakit-penyakit lainnya kebanyakan menyebar di daerah pantai, hulu dan muara sungai di perkotaan. (Reid, 1992).

Menurut Furnival bahwa kemunculan wabah penyakit pada awal abad ke-20, bukan semata-mata karena faktor geografis, melainkan juga karena adanya kepentingan ekonomi pemerintah. Namun begitu pemerintah Hindia Belanda telah berupaya untuk memberantas berbagai wabah penyakit pada saat itu. Sayangnya, upaya itu setengah hati karena tidak memiliki prioritas untuk peningkatan kesehatan. Penyimpangan-penyimpangan kebijakan kesehatan banyak dilakukan oleh kalangan pemerintah itu

sendiri yang berdampak terhadap percepatan persebaran penyakit khususnya di kalangan masyarakat pribumi. Pemerintah menyadari atas kebutuhan jumlah buruh dan petani sehat. Namun pencapaian tersebut terkendala oleh kasus penyimpangan yang terjadi antara pemerintah dengan pengusaha swasta. Jam kerja yang penuh bagi buruh dan petani tetap diwajibkan sekalipun dalam keadaan sakit. Mereka pun diperlakukan berbeda dalam hak pelayanan kesehatan dengan golongan penduduk Eropa dan asing lainnya, sekalipun biaya pengobatan disamakan. Pemerintah hanya berorientasi meningkatkan keuntungan besar ekonomi negaranya dan tidak memutus mata rantai penularan penyakit dari para buruh di saat mereka bekerja dalam kondisi berpenyakit.

Berdasarkan deskripsi di atas, dapat dilihat bahwa persebaran penyakit menjadi permasalahan krusial di masa kolonial. Persebaran penyakit di wilayah perairan belum menjadi perhatian para peneliti. Oleh karenanya, tulisan ini hendak mengkaji proses persebaran penyakit di perairan Laut Jawa ketika terjadi dinamika perekonomian antarpulau dan antarwilayah. Persebaran penyakit yang dimulai oleh para awak kapal baik ketika di kapal maupun setelah berada di pelabuhan sangat berpengaruh terhadap stabilitas ekonomi di masa itu.

Metode

Dalam penulisan artikel ini digunakan metode sejarah untuk merekonstruksi peristiwa di masa lalu dalam konteks ruang dan waktu tertentu. Metode sejarah dijalankan melalui empat tahapan mulai dari kerja heuristik, kritik atau verifikasi, interpretasi hingga historiografi, dalam hal ini adalah karya sejarah dalam wujud artikel sejarah yang berjudul 'persebaran penyakit selama aktivitas pelayaran dan perdagangan di kawasan Laut Jawa abad ke-19 hingga awal abad ke-20'.

Tahap heuristik merupakan pencarian sumber sejarah. Beberapa sumber sejarah yang berhasil ditemukan untuk tema ini di antaranya sumber primer berupa laporan pemerintah yaitu *Koloniaal Verslag* (1849), laporan pemerintah kota Cirebon dalam Bahasa Belanda yaitu *Gedenkboek der Gemeente Cheribon 1906-1931* (1931). Selain itu digunakan sumber sezaman berupa koran yang berbahasa Belanda yang diakses secara online dari situs www.delpher.nl di antaranya *Bataviaasch Handelsblad* (1911), *Batavia Nieuwsblad* (1927), *De Java Bode* (1911), *De Sumatra Post* (1911) dan *Het nieuws van den gad voor Nederlandsch Indie* (1915), *Serabajasch Handelsbla* (1934) Di masa pandemi ini, penelusuran online dilakukan berhubung koleksi surat kabar dan majalah di Perpustakaan Nasional RI dan Arsip Nasional RI NRI sulit diakses terkait berbagai protokol kesehatan. Selain itu penelusuran online juga dilakukan untuk mengakses artikel-artikel sejarah kesehatan dan kemaritiman melalui akses JSTOR yang dilanggan oleh beberapa perpustakaan universitas, terutama di Universitas Indonesia (UI). Penelusuran online, di satu sisi mempermudah mendapatkan berbagai sumber sekunder khususnya jurnal dan *ebook* dalam bentuk PDF. Semua sumber yang sudah ditemukan kemudian disusun berdasarkan tema, ruang, dan waktu.

Tahap kedua yaitu verifikasi atau kritik sumber baik secara intern maupun ekstern. Kritik ini dilakukan untuk menentukan keabsahan sumber terkait peristiwa masa lalu yang sesungguhnya terjadi berdasarkan fakta yang ada di dalam data. Kritik sejarah bertujuan agar mendapatkan rangkaian peristiwa berdasarkan fakta dan data secara sistematis dan kronologis. Selain juga agar peristiwa sejarah dapat dijelaskan sesuai konteks zamannya. Dalam kerja heuristik dan verifikasi sumbangan dari buku Braudel (1988) tentang *Civilization and Cavitalism 15th-18th Century: The Structures of Everiday Life. The Limits of the Possible* dan Boomgard (1996) tentang *Health Care in Java Past and Present* memberikan kerangka riset dan penulisan tentang kaitan antara pelayaran dan perdagangan dengan persebaran penyakit

Selanjutnya, tahap interpretasi yaitu untuk menafsirkan berbagai data dari sumber-sumber tersebut khususnya yang berkaitan dengan peristiwa persebaran penyakit yang terjadi di saat berbagai aktivitas kemaritiman di kawasan Laut Jawa. Di antara lokasi-lokasi jalur pelayaran yang terkait dengan tema kajian meliputi perairan dan pelabuhannya, di antaranya Makassar, Surabaya, Semarang, Cirebon, dan Batavia. Hasil penafsiran atas data kemaritiman itu disusun hingga menjadi sebuah rangkaian fakta peristiwa.

Tahap terakhir adalah historiografi, sebagai pertanggungjawaban dari ketiga tahap di atas, yaitu dengan menuliskan peristiwa masa lalu sesuai dengan faktanya.

Hasil dan Pembahasan

Persebaran Penyakit Melalui Pelabuhan-pelabuhan Besar di Jawa

Kepulauan Indonesia merupakan wilayah strategis untuk jalur komunikasi dunia yang menghubungkan antara Samudra Pasifik dan Samudra Hindia serta antara Benua Asia dan Benua Australia. Kondisi geografis ini digunakan bagi jalur pelayaran dan perdagangan, bahkan politik dan pertahanan militer. (Lombard, 1996) menyebut posisi kepulauan Indonesia sebagai posisi persilangan budaya dimana gerbang utama Indonesia memudahkan akses komunikasi dan pasar ekonomi dunia secara terbuka luas. Lombard juga kondisi alam Indonesia sebagai oseanik atau kepulauan dengan memiliki daya dukung yang kuat bagi aktivitas masyarakatnya yang bercorak kemaritiman.

Sekalipun demikian, namun secara hukum, penetapan Indonesia sebagai negara kepulauan sekaligus negara maritim baru ditetapkan dalam *United Nations Convention on the Law of the Sea* (UNCLOS) 1982 Pasal 46 dan Pasal 47 ayat 1 (Susetyorini, 2019), dengan menyebut istilah Prinsip Negara Kepulauan (*Archipelagic State Principle*) bagi kepulauan Indonesia. Bagi negara kepulauan, yang menjadi pilar penyangga negara adalah landasan alam dan budaya maritim yang terbentuk dari sistem politik, ekonomi, sosial dan budaya, serta pertahanan dan keamanannya. Sistem politik diperlukan untuk menjamin keutuhan seluruh wilayah kepulauan sebagai satu kesatuan wilayah negara yang utuh mulai dari daerah perbatasan, pedalaman, dan pulau terluarnya. Adapun sistem ekonomi diperlukan untuk meningkatkan perdagangan melalui jalur laut baik

domestik atau nasional maupun internasional. Sementara sistem ekonomi-sosial dan budaya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, meningkatkan derajat kesehatan, menjunjung tinggi harkat manusia, dan memanfaatkan potensi laut dengan baik. Sistem pertahanan dan keamanan yang diperlukan bagi negara kepulauan adalah untuk menjamin tegaknya kedaulatan negara dan hukum seluruh wilayah kepulauan yang meliputi darat, laut, serta udara.

Masyarakat di wilayah kepulauan Indonesia sejak sebelum masehi telah mampu menjaga dan memaksimalkan potensi maritimnya. Mereka mengembangkan perdagangan, pelayaran, dan industri kelautan di zamannya, serta menjaga kekuatan agar mampu menguasai seluruh laut dan segala isinya. Pada masa Hindia Belanda kawasan Laut Jawa menjadi penghubung antara timur dengan barat Nusantara dan mancanegara. Kawasan Laut Jawa dilingkupi oleh Pulau Jawa, Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Bali, dan Lombok. Kawasan Laut Jawa berbatasan dengan Selat Karimata dan Selat Sunda di sebelah barat serta berbatasan dengan Selat Makassar dan Laut Bali di sebelah timur. Kawasan Laut Jawa memiliki panjang sekitar 800 mil dari timur ke barat, dan lebar rata-rata 250 mil yang meliputi wilayah seluas 1,8 juta km² dengan kedalaman antara 40-50 m. Kondisi tersebut sebagai zona aman untuk pusat aktivitas perdagangan di wilayah laut dibanding dengan Samudra Hindia. Oleh karenanya, para pendatang Eropa menjadikan wilayah Laut Jawa sebagai lalu lintas perdagangan dunia (Trisulistiyono, 2003). Kontak sosial ekonomi kemudian mempengaruhi berbagai aspek kehidupan masyarakat di daerah sepanjang pantai utara Jawa, khususnya. Dalam kondisi seperti itu tidak menutup kemungkinan persebaran berbagai penyakit terjadi.

Abad ke-19 hingga awal abad ke-20, pemerintah Hindia Belanda mengembangkan prinsip *dual mandate* yaitu mengembangkan sumber daya alam (*La richessenaturalle*) dan memperhatikan kesejahteraan penduduknya (*La richevace*) khususnya para buruh dan pegawai pemerintah. Pemerintah memberikan perhatian kesehatan para buruh dan petani untuk tujuan meningkatkan hasil perekonomian negara dan memperpanjang masa kekuasaannya. Dalam rangka itu, pengawasan di laut dilakukan terutama untuk menghindari serangan-serangan dari luar dan dari penguasaan nelayan pribumi. Pengawasan itu terutama terkait urusan ekspor-impor komoditas dagang dari pelabuhan ke pelabuhan (Furnivall, 1967).

Pengawasan di pelabuhan dilakukan tidak saja terhadap barang-barang yang dikapalkan, melainkan juga terhadap kesehatan kapal dan manusia. Bagi kapal yang teridentifikasi membawa awak kapal penderita penyakit menular dikenakan aturan 'sistem bendera kuning' selama berlayar hingga ke tempat tujuan, *quarantine* 40 jam sebelum mendarat di pelabuhan-pelabuhan tujuan, dan pemeriksaan kondisi kapal oleh dokter pelabuhan sebelum dan sesudah berlayar (*Bataviaasch Handelsblad*, 1911). Tujuan pemerintah Hindia Belanda saat itu adalah untuk mengawasi persebaran penyakit di kawasan perairan baik saat aktivitas pelayaran maupun saat di pelabuhan. Aturan itu dibuat atas asumsi pemerintah bahwa kapal pengangkut awak kapal yang sakit adalah kapal wabah yang membahayakan dan merugikan. Maka dengan sistem bendera

kuning, kapal wabah tidak menyebabkan persebaran penyakit secara meluas baik saat aktivitas pelayaran maupun pendaratan di pelabuhan. Apabila persebaran penyakit terjadi di pelabuhan, maka akan berdampak terhadap kemerosotan perekonomian negara (*Het nieuws van den dag voor Nederlandsch Indie, 1915*) disebabkan terjadi morbiditas dan mortalitas atau yang tinggi di kawasan itu.

Boomgaard mengungkapkan pendapat Tillema bahwa fluktuasi jumlah penduduk selama abad ke-19 dipengaruhi oleh persebaran penyakit cacar, terutama di wilayah Maluku dan Jawa. Di masa itu, suntikan untuk cacar tidak berhasil mengatasi wabah sehingga kematian terus meningkat. Bahkan para mantri suntik (vaksinator) tertular penyakit cacar saat memvaksin. Menurutnya, penyebab tertularnya para vaksinator saat itu karena belum dikuasainya ilmu cacar oleh seluruh tenaga kesehatan. Pemerintah kemudian meminta pengiriman vaksinator terdidik dari Belanda ke Batavia untuk kemudian disebar ke berbagai wilayah wabah. Penularan cacar saat itu diduga dari awak kapal penderita cacar yang tidak diketahui sejak awal pemberangkatan kapal. Penderita tersebut kemungkinan mengalami sakit selama pelayaran. Saat kapal menjalani proses bongkar muat barang bersama itu pula penderita cacar ikut turun di pelabuhan dan pulang ke keluarganya. Penularan terjadi bisa antar awak kapal selama aktivitas perdagangan dan bisa antar anggota keluarga. Mulai saat itu persebaran penyakit cacar meluas. Oleh karenanya, masyarakat di sekitar pelabuhan menjadi yang pertama kali terdampak wabah, terutama para awak kapal, keluarganya, serta buruh dan pegawai pelabuhan. Boomgaard menggambarkan persebaran penyakit cacar menempati angka tertinggi dibandingkan penyakit-penyakit lainnya di abad ke-19. Penyakit cacar menyerang semua golongan penduduk baik Eropa, Cina, dan pribumi (Bosma, 2015).

Laporan *Koloniaal Verslag* (1849) menyebutkan persebaran penyakit cacar telah terjadi di Hindia Belanda sejak 1814 melalui kapal yang berlayar dari Bali ke Ternate. Penyakit Cacar kemudian menyebar di Ternate di tahun 1819 melalui para awak kapal penderita cacar. Dalam laporan tersebut, pemerintah menegaskan bahwa sampai 1830-an penularan penyakit cacar kerap terjadi di berbagai wilayah kepulauan. Di kawasan Laut Jawa, penularan penyakit cacar terjadi saat dinamika sosial ekonomi antara Jawa, Makassar, Ternate, Maluku, Kupang, Bandjarmasin, Pontianak, Bengkulu, Padang, dan Bangka meningkat. Kasus penularan penyakit cacar di Jawa Barat terjadi di sekitar pemukiman buruh di perkebunan tebu dan di pelabuhan sekitar tahun 1920-an. Kasus tersebut akibat kontak sosial antara buruh yang ada dalam satu pemukiman.

Persebaran penyakit cacar yang terjadi di Jawa dan luar Jawa baik di daerah perairan maupun di daratan dijelaskan dalam catatan Reid dan Boomgaard. Menurutnya, kasus persebaran penyakit meningkat setelah adanya dinamika ekonomi di perkotaan yang titik pusatnya di pelabuhan kemudian menyebar ke pedalaman dan meningkatkan jumlah mortalitas dari 0,5% di tahun 1840 menjadi 1,6% di akhir abad ke-19, dari jumlah penduduk Jawa saat itu (Bosma, 2015; Reid, 1992).

Dalam tradisi masyarakat Bali, Kalimantan, dan Sulawesi, penyakit cacar diyakini sebagai 'si penyakit pembawa kematian' atau 'kematian yang buruk' atau *bad deaths*'. Lebih jauh lagi, mereka menganggap 'kematian akibat cacar membuat penderitanya tidak masuk surga' karena telah membawa buruk terhadap kehidupan manusia lainnya. Atas kepercayaan itu, mereka mengasingkan para penderita cacar ke hutan. Koran-koran milik Belanda (*Bataviaasch Handelsblad*, 1911; *Bataviaasch Nieuwsblad*, 1927; *De Indische Courant*, 1938; *De Preanger Bode*, 1917) menyebutkan jenis kepercayaan semacam itu sebagai upaya masyarakat pribumi menolak wabah. Sementara penderita cacar yang teridentifikasi di dalam kapal, mereka dibuang langsung ke laut sebagai bentuk upaya memutus persebaran penyakit di kapal sebelum kapal tiba di pelabuhan.

Berita koran *De Java Bode* menyebutkan kasus persebaran di pelabuhan Cirebon sebagai kasus yang parah di wilayah pantai utara Pulau Jawa, di abad ke-19. Persebaran penyakit cacar bermula dari buruh kapal yang teridentifikasi cacar namun tidak dikarantina sebelum sembuh. Pasien dipulangkan sesaat kemudian penularan terjadi di keluarga buruh tersebut. Kasus tersebut terjadi di sekitar pelabuhan Cirebon dan pesisir Indramayu. Di tahun 1870-an korban cacar ditemukan di lokasi perkebunan di Sindanglaut, Indramayu, dan di perbatasan Cirebon-Kuningan. Berikut contoh berita dari koran tersebut:

“Di Indramayu terdapat 57 penderita cacar yang ditangani. Dari jumlah ini, 37 orang sembuh dan satu orang meninggal. Di Kuningan terdapat 103 penderita cacar sebanyak 48 orang sembuh sementara 12 orang meninggal. Tindakan yang diambil terhadap penyakit ini dengan melakukan suntikan cacar dan pengawasan ketat” (*Java Bode*, 1870).

Berita tentang persebaran penyakit menular seperti cacar, malaria, dan kolera yang terjadi di Cirebon di abad ke-19, banyak diulas dalam koran *Soerabajasch Handelsbla* tahun 1934. Koran itu menginformasikan adanya peningkatan jumlah morbiditas setelah kedatangan seorang Inggris dari Ternate ke Jawa. Berita itu pun menyebutkan adanya salah seorang korban cacar dari keluarga Sultan Kanoman di tahun 1811 setelah menerima tamu asal Eropa. beberapa edisi koran itu memberitakan juga kondisi pelabuhan Cirebon yang menjadi sangat kumuh setelah ramai digunakan pendatang asing untuk berdagang. Secara demografi, jumlah penduduk yang produktif di Cirebon meningkat. Kondisi itu pada umumnya dapat mengurangi tingkat kemiskinan dan angka kematian, namun tidak terjadi di sini. Ternyata, yang menjadi faktor pemicunya adalah kelaparan berkepanjangan. Fenomena itu terjadi saat wabah cacar dan kolera menyerang para pekerja. Pemerintah kota Cirebon mengalami kerugian akibat setoran hasil produksi perkebunan menurun drastis di masa itu. Dalam catatan Jaelani, jenis penyakit cacar di Cirebon serupa dengan yang ada di Banten saat itu, yaitu termasuk jenis *bigpox* atau *syphilis* (Jaelani, 2013).

Pada tahun 1911, penyakit kolera yang terjadi di pelabuhan Cirebon dikabarkan menyebar hingga ke Batavia dan Semarang. Pola penyebarannya melalui aktivitas pelayaran dan perdagangan. Bermula, seorang awak kapal dengan keluhan sakit perut dan muntah-muntah diturunkan dari kapal uap dari Semarang yang singgah di pelabuhan Cirebon sebelum melanjutkan ke Batavia. Tidak sampai satu bulan, sejumlah 34 orang dari golongan penduduk Eropa yang tinggal di Mundu, sekitar pelabuhan Cirebon, meninggal akibat gejala yang sama. Di antara mereka adalah 17 orang sipil, 8 orang militer Belanda berpangkat menengah, dan 9 orang golongan rendah. Berdasarkan hasil pemeriksaan dokter pelabuhan, mereka menderita penyakit kolera, yang kemudian semuanya meninggal. Penyakit kolera dan cacar kemudian menyebar ke Kadipaten. DVG (*Dienst Volkgezondheid*) atau dinas kesehatan di tingkat kota mencatat adanya seorang Letnan-2 yang bernama M.M.L Loon dan seorang pembantunya meninggal di rumah, 23 orang pribumi meninggal di pelabuhan Cirebon, dan 13 orang dibawa ke Rumah Sakit *Oranje* untuk dirawat hingga akhirnya mereka pun meninggal (De Sumatra Post, 1911).

Namun, dalam kasus kematian penduduk Eropa, kekecewaan pemerintah dituduhkan kepada masyarakat pribumi sebagai pembawa wabah karena dipandanginya selalu hidup kotor dan jorok. Tuduhan tersebut dibenarkan dalam berita koran *De Sumatra Post*, *De Java Bode*, dan *Bataviaasch Handelsblad* namun dengan nada kritis dan menyanggah anggapan pemerintah. Menurut berita dalam koran-koran tersebut bahwa persebaran penyakit di wilayah perairan Laut Jawa dan pelabuhan-pelabuhannya seperti Batavia, Cirebon, dan Semarang tidak disebabkan oleh perilaku masyarakat melainkan kecerobohan dalam pengawasan dan pemeriksaan kesehatan saat kapal akan keluar masuk pelabuhan.

Wartawan *De Java Bode*, Wijblands, menuliskan pandangannya bahwa kelalaian dan kecerobohan dalam pengawasan pelayaran dan perdagangan untuk wilayah pantura terjadi saat bongkar muat barangnya, dan perlakuan yang berbeda terhadap kapal pengusaha yang sudah bekerjasama dengan pemerintah kota setempat. Sebagai contoh, pemerintah menerima kapal Linden di tahun 1909, saat itu kapal membawa pasien kolera dan cacar namun dibiarkan mengabaikan aturan sistem bendera kuning sejak kapal diberangkatkan dari Semarang ke Cirebon. Di pelabuhan Cirebon kapal itu diterima dan diperlakukan seperti kapal-kapal yang tidak bermasalah dengan kesehatan awaknya. *Sumatra Post* (1911), menguatkan berita sebelumnya bahwa persebaran penyakit di tiga pelabuhan besar itu terjadi karena kelalaian pemerintah dalam menjalankan prosedur kesehatan lalu lintas perairan. Kedua koran itu mengkritik pemerintah Cirebon dan Semarang sebagai pelaku penyimpangan dalam proses pelayaran dan perdagangan. Pihak pelabuhan menurunkan pasien kolera tanpa diperiksa terlebih dahulu oleh para dokter dan tanpa karantina. Kapal itu selanjutnya diberangkatkan ke Batavia dengan tanpa mengibarkan bendera kuning sebagai penanda wabah. Kecerobohan itulah yang mengakibatkan banyak korban kolera di kapal Linden hingga kapal itu berlabuh di pelabuhan Tanjung Priok. Pada tahun 1911, Batavia sebagai

daerah wabah kolera dan cacar dengan pusat wabah di Tanjung Priok dan Weltevreden. Sayangnya informasi-informasi di koran-koran tersebut tidak menyebutkan angka-angka yang pasti dari korban wabah penyakit.

Beberapa tahun kemudian, di tahun 1918, J.J Baggelar, seorang direktur pelabuhan Semarang melaporkan kondisi pelabuhan Cirebon dan Semarang sebagai daerah wabah cacar, kolera, dan malaria sehingga ia membatasi jumlah kapal yang datang ke Semarang. Sikap tersebut diambilnya setelah menerima kritikan dari berbagai media massa. Koran *De Java Bode* (1918) mengungkapkan perihal perilaku para pejabat pemerintah dengan para pengusaha merupakan strategi melancarkan perekonomiannya.

Upaya Mencegah Persebaran Penyakit Di Kawasan Laut Jawa

Di abad ke-19, upaya penanganan atas penyakit menular pernah dilakukan oleh Sultan Cirebon dengan beberapa kali mengusulkan kepada pemerintah kota untuk diadakan penyuntikan vaksin cacar kepada masyarakatnya di tahun 1815. Upaya tersebut dimotivasi oleh kondisi keluarga sultan yang terdampak penyakit cacar. Namun upayanya mengalami kesulitan disebabkan pemerintah tidak menyetujui permintaan sultan yang mengusulkan adanya legalitas ulama atau penghulu untuk vaksin cacar. Padahal, di tahun itu vaksinasi cacar untuk daerah Cirebon dan Banten sudah diberlakukan oleh Thomas Stamford Raffles dengan melibatkan para agamawan atau *'priests'* (*Islamic officials*). Raffles memandang metode vaksinasi dengan melibatkan agamawan merupakan cara yang efektif agar dengan mudah diterima masyarakat di wilayah itu. Namun, aturan itu seakan dilupakan dan penanganan wabah cacar menjadi terlambat dengan diskusi perihal vaksinasi tersebut (Raffles, 2002).

Setelah Raffles, vaksinasi cacar dilanjutkan oleh pemerintah Hindia Belanda sejak 1849 hingga abad ke-20. Pada masa ini vaksinasi dilakukan secara kombinasi seperti yang pernah dilakukan Raffles, yaitu dengan melibatkan agamawan yang telah dilatih sebagai vaksinator. Di bawah pengawasan DVG tingkat kota, vaksinasi berjalan diberikan kepada masyarakat (Bosma, 2015). Berita dari koran *Soerabajasch Handelsbla* (1934) juga menginformasikan tentang adanya vaksinasi cacar di daerah pantura Jawa secara merata di tahun 1850. Beberapa tahun kemudian vaksinasi cacar diberlakukan untuk seluruh wilayah kepulauan Nusantara.

Di masa itu pemerintah Belanda membuat vaksin cacar untuk seluruh daerah jajahannya termasuk Suriname dan Karibia. Vaksin dibuat di laboratorium virologi terutama untuk pengobatan penyakit tropis (Doornum et al., 2020). Di Hindia Belanda virus cacar dibuat dari hasil olahan bahan hewani oleh Lembaga Cacar Negara yang ada di Weltevreden. Lembaga ini berfungsi sebagai penasihat pemerintah dalam menangani penyakit cacar di Hindia Belanda. Pengiriman vaksin cacar ke berbagai wilayah dilakukan melalui pengkapalan di jalur perairan Laut Jawa. Vaksin cacar itu digunakan untuk mencegah penyakit cacar, namun juga kulit, kudis, dan lepra yang terjadi wilayah darat dan laut (*Soerabajasch Handelsbla*, 1934). Oleh karenanya, bersamaan dengan aturan

vaksinasi cacar, pemerintah memberlakukan aturan lapis dua yaitu tentang kewajiban membawa surat izin keluar masuk kota dan pelabuhan sebagai tanda bebas penyakit cacar bagi kapal dan penumpang. Aturan tersebut diberlakukan sebagai pengawasan persebaran penyakit, terutama bagi para buruh dan pengusaha yang akan masuk dan keluar kota-kota dan pelabuhan (Bosma, 2015).

Pada saat itu, pro dan kontra muncul tidak lagi disebabkan isu keterlibatan ulama dalam proses vaksinasi melainkan lebih kepada kehalalan kandungan vaksin. Atas isu tersebut, protes penolakan vaksin terjadi di Cirebon dan Banten oleh golongan umat Islam. Masyarakat kecewa karena pemerintah tidak melibatkan ulama dan tidak menginformasikan kandungan vaksin. Mereka memprotes pemerintah kota untuk tidak melanjutkan vaksinasi. Penolakan vaksinasi di Cirebon didukung oleh keluarga kesultanan (Soerabajasch Handelsbla, 1934).

Namun, dalam kondisi demikian para pengusaha swasta menolak aturan surat izin untuk transportasi di perairan dan daratan. Mereka memandang aturan tersebut sebagai penghambat kemajuan perekonomiannya. Namun, pemerintah tetap memberlakukan kedua aturan itu ada juga beberapa oknum yang memperparah kondisi kesehatan masyarakat, yaitu semakin tersebarnya penyakit-penyakit menular. Perilaku protes dari para pengusaha swasta di antaranya bekerjasama dengan pihak pelabuhan ketika hendak mengkapalkan barang dagangannya, seperti tebu dan olahannya, kopi, beras, kain, porcelain, kramik, rempah-rempah, dan lain-lain, yaitu dengan tidak mengibarkan bendera kuning di kapal apabila ditemukan ada awak kapal yang sakit selama pelayaran hingga mendarat. Tujuannya agar barang-barang tersebut tetap laku. perilaku penyimpangan itu senada dengan konsep Knappen yang disebut *silent barter* yang kemudian menjadi mata rantai persebaran penyakit dalam rentang waktu yang panjang. Perilaku semacam itu bisa terjadi karena dikendalikan oleh sebagian pihak penguasa karena adanya kekecewaan tersendiri, ketidakstabilan politik, perang dan tindakan kekerasan lainnya, serta yang paling utama karena ketidakpastian ekonomi akibat kelaparan dan wabah penyakit (et. al Boomgaard, P., 1997; Braudel, 1988).

Perilaku *silent barter* merupakan sebuah kepanikan. Contoh kasus kapal J. P. Coen yang bekerjasama dengan oknum pemerintah kota dan pelabuhan Cirebon termasuk kategori tersebut. Pemerintah terlibat dalam proses perizinan keluar masuk kapal wabah kolera. Dokter pelabuhan memeriksa kapal itu sebelum bongkar muat barang dilakukan, pihak kapal menolak proses tersebut dan tidak menerima untuk dikarantina. Perdebatan terjadi di kapal antara para dokter pelabuhan dengan para pengusaha yang ada dalam kapal itu. Perdebatan itu dimenangkan oleh pihak pengusaha hingga kemudian para penderita kolera diturunkan di pelabuhan tanpa penyembuhan. Tidak lama kemudian kolera menyebar ke penduduk Mundu, Cangkol, dan Tangkil yang merupakan daerah pesisir Cirebon. Kasus kapal J.P. Coen dan Linden juga terjadi pada kapal Zweena yang berlayar ke Tanjung Priok dan Bangka yang berakibat kematian para kuli kapal dan pelabuhan (*Het nieuws van den dag voor Nederlandsch Indie*, 1915).

Koran itu mengkritik tindakan pelanggaran yang dilakukan oleh pemerintah kota Cirebon yang menerima dan memberangkatkan kapal-kapal wabah tanpa prosedur kesehatan. Koran itu pun mengusulkan sanksi berat kepada pengadilan pusat di Batavia untuk menghukum pemerintah kota Cirebon. Namun hukuman diberikan kepada nakhoda kapal, di antaranya nakhoda kapal Zweena, W.D.Mc.C., dengan hukuman mati.

Pada tahun 1927 persebaran penyakit mulai menurun signifikan. Berita tentang kapal Mosel milik pengusaha Inggris yang mematuhi prosedur wabah saat berlayar dari Bangka menuju Semarang dan Cirebon dipandang sebagai contoh nyata dari upaya pemberantasan wabah. Dalam berita koran ini diberitakan sebagai berikut;

“Pagi ini kapal *Mosel* tiba dengan bendera kuning memasuki pelabuhan Cirebon. Dokter wilayah yang saat itu telah diberitahu segera berangkat ke geladak kapal dan mendeteksi penyakit cacar pada beberapa awak pribumi. Mereka secepat mungkin diangkut ke rumah sakit sementara orang pribumi yang lainnya disuntik” (Bataviaasch Nieuwsblad, 22 Januari 1927).

Berita di atas menggambarkan kerjasama antara pengusaha, pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat. Di masa itu persebaran penyakit cacar di Cirebon tidak terjadi secara masif berdasarkan berita Rumah Sakit Oranje.

Simpulan

Dari beberapa data yang ditemukan dapat disimpulkan bahwa persebaran penyakit di kawasan Laut Jawa sangat terkait dengan ekonomi. Berita dari sumber sezaman banyak menginformasikan kehadiran para pedagang atau pengusaha memicu persebaran penyakit menular seperti kolera, pes, dan cacar. Kapal Linden, J. P. Coen, dan Zweena merupakan contoh penyimpangan atau *silent barter* yang berakibat tersebarnya penyakit secara meluas ke berbagai wilayah. Persebaran penyakit di kawasan Laut Jawa dapat menjadi indikasi tingkat kesehatan di pelabuhan dan kota. Dengan demikian, faktor geografi, demografi dan ekonomi adalah nyata terjadi di kawasan Laut Jawa sebagai faktor utama persebaran penyakit. Adapun struktur baru berupa aturan kesehatan pun muncul sebagai pemicu sebuah peristiwa persebaran penyakit. Oleh karenanya, struktur-struktur tersebut mempengaruhi proses persebaran penyakit di Laut Jawa sekaligus menjadi pemicu bagi munculnya sebuah solusi atas wabah. Di sinilah, bahwa gambaran masa lalu, termasuk dalam konteks persebaran penyakit dapat menjadi pelajaran bagi penentuan sikap dan solusi yang harus dilakukan di masa kini dan esok.

Daftar Pustaka

- Ahltom, A., A. dan S. N. (1992). *Pengantar Epidemiologi Modern*. Yayasan Essentia Medica.
- Bataviaasch Handelsblad. (1911). Bataviaasch Handelsblad 2. *Www.Delpher.Nl*.
- Bataviaasch Nieuwsblad. (1927, January 22). Bataviaasch Nieuwsblad 2. *Www.Delpher.Nl*.
- Beaglehole, R. et. al. (1993). *Basic Epidemiology*. WHO.
- Boeke, J. H. (1983). *Prakapitalisme Di Asia*. Sinar Harapan.
- Boomgaard, P., and A. J. G. (1991). *Changing Economy in Indonesia (Vol. 11)*. Royal Topical Institut (KIT).
- Boomgaard, P., et. al. (1997). *Paper Landscapes: Exploration in the Environmental History of Indonesia*. KITLV Press.
- Boomgard, P., Sciortino, R., & Smyth, I. (1996). *Health Care in Java: Past and Present*. KITLV Press.
- Bosma, U. (2015). *Smallpox, Vaccinations, and Demographic Divergences in Nineteenth-Century Colonial Indonesia*. *Bijdragen Tot de Taal-, Land- En Volkenkunde*, 117. KITLV Press.
- Braudel, F. (1988). *Civilization an Capitalism 15th-18th Century: The Structures of Everyday Life The Limits of Possible (Vol. 1)*. Collins/Fontana Press.
- Breman, J. (1986). *Penguasaan tanah dan tenaga kerja, Jawa di masa kolonial*. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial (LP3ES).
- De Indische Courant. (1938, November 2). *De Indische Courant*.
- De Java Bode. (1870). De Java Bode. *Www.Delpher.Nl*.
- De Java Bode. (1911). De Java Bode 2. *Www.Delpher.Nl*.
- De Java Bode. (1918). De Java Bode. *Www.Delpher.Nl*.
- De Preanger Bode. (1917). *De Preanger Bode*.
- De Sumatra Post. (1911). De Sumatra Post 2. *Www.Delpher.Nl*.
- Doornum, G. Van, Helvoort, T. Van, & Sankaran, N. (2020). *Leeuwenhoek ' s Legatees and Beijerinck ' s Beneficiaries A History of (Issue March)*. Amsterdam University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvwh8bpb>
- Furnivall, J. S. (1967). *Nederlands Indie: A Study of Plural Economy*. Chambridge University Press.
- Gelderen, J. van. (1974). *Tanah Dan Penduduk Di Indonesia*. Bhratara.
- Het nieuws van den dag voor Nederlandsch Indie. (1915). Het nieuws van den dag voor Nederlandsch Indie. 2. *Www.Delpher.Nl*.
- Jaelani, G. A. (2013). *Penyakit kelamin di Jawa, 1812-1942*. Syabas Books.
- Kartodirdjo, S. (1987). *Pengantar Sejarah Indonesia Baru: 1500-1900 (Vol. 1)*. PT Gramedia.
- Koloniaal Verslag. (1849). *Koloniaal Verslag*.
- Lombard, D. (1996). *Nusa Jawa: Silang Budaya*. Gramedia Pustaka Utama.
- Nitisastro, W. (1970). *Population Trends in Indonesia*. Cornell University Press.
- Peper, B. (1975). *Pertumbuhan Penduduk Jawa*. Bhratara.
- Peter, and A. J. G. (1991). *Changing Economy in Indonesia (Vol. 11)*. Royal Topical Institut (KIT).
- Raffles, T. S. (2002). *The History of Java*. Narasi.
- Reid, A. (1992). *Asia Tenggara dalam Kurun Niaga 1450-1680 Tanah di Bawah Angin*. Yayasan Obor Indonesia.
- Soerabajasch Handelsbla. (1934). Soerabajasch Handelsblad. 2. *Www.Delpher.Nl*.
- Suryo, J. (1989). *Sejarah Sosial Pedesaan Karesidenan Semarang 1830-1900*. PSAU Studi Sosial Universitas Gadjah Mada.

- Susetyorini, P. (2019). Masalah-Masalah Hukum. *Fakultas Hukum UNDIP Semarang*, 48, 164-177.
- Trisulistiyono, S. (2003). *The Java Sea Network*. Universiteit Leiden.