



DR. JOHANNES  
LEIMENA

NEGARAWAN SEJATI &  
POLITISI BERHATI NURANI

Dilarang memperbanyak karya tulis ini  
dalam bentuk dan dengan cara apa pun,  
termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari penerbit.  
(sesuai dengan Pasal 2 ayat 1 dan Pasal 49 ayat 1 UU No. 19 tahun 2002)

#### Sanksi Pelanggaran

##### Pasal 72 Undang-undang No. 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) dan ayat (2) dengan dipidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,- (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,- (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).

# DR. JOHANNES LEIMENA

NEGARAWAN SEJATI &  
POLITISI BERHATI NURANI

#### PENYUNTING:

**Victor Silaen**  
**Jerry Rudolf Sirait**  
**Yanedi Jagau**  
**Abraham Simatupang**  
**Marojahan Doloksaribu**  
**John Pieris**  
**Nikson Gans Lalu**  
**Midian Saragi**



**PT BPK GUNUNG MULIA™**  
Jl. Kwitang 22-23, Jakarta 10420, IND. ☎ (021) 3901208  
(4 LINES), Fax. (021) 3901633 <http://www.bpkgm.com>

dalam kerja sama dengan  
**Panitia Mengenang 100 Tahun**  
**Dr. Johannes Leimena**

DR. JOHANNES  
LEIMENA  
NEGARAWAN SEJATI &  
POLITISI BERHATI NURANI

Katalog dalam terbitan (KDT)

**Dr. Johannes Leimena : negarawan sejati & politisi berhati nurani /** disunting oleh Jerry Rudolf Sirait, Yanedi Jagau, Victor Silaen, Abraham Simatupang, Marojahan Doloksaribu, John Pieris, Nikson Gans Lalu, Midian Saragi, – Cet. 1. – Jakarta : Gunung Mulia dalam kerja sama dengan Panitia Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena, 2007. xxvi, 311 hlm. ; 21 cm.

1. Leimena, Johannes (1905-1977). 2. Kewarganegaraan – Politik. 3. Kesehatan – Politik. 4. Bhineka Tunggal Ika.

I. Panitia Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena. II. Sirait, Jerry Rudolf. III. Jagau, Yanedi. IV. Silaen, Victor. V. Simatupang, Abraham. VI. Doloksaribu, Marojahan. VII. Pieris, John. VIII. Lalu, Nikson Gans. IX. Saragi, Midian. 920

ISBN 978-979-687-396-8

**DR. JOHANNES LEIMENA**  
**Negarawan Sejati, Politisi Berhati Nurani**

Diterbitkan oleh  
PT BPK Gunung Mulia, Jl. Kwitang 22-23, Jakarta 10420  
E-mail: publishing@bpgkm.com - http://www.bpgkm.com  
Anggota IKAPI  
dalam kerja sama dengan Panitia Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena  
Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang  
Cetakan ke-1: 2007

Editor: Steve Gaspersz, Eko Y.A. Fangohoy, dan Chrisostomus Sihotang  
Korektor naskah: Rika Uli Napitupulu-Simarangkir  
Setter: Wahyu Dwi Hantoro  
Desain sampul: Iwan Setiawan dan Cynthia Garmini

Dicetak oleh PT Ikrar Mandiriabadi

## Daftar Isi

Kata Pengantar .....	ix
Seuntai Kata Ketua Umum Panitia Pelaksana .....	xiii
Sambutan Keluarga Besar Dr. Johannes Leimena ...	xvii
Prolog: Negarawan Sejati dan Politisi Berhati Nurani .....	xix
<b>Bagian Pertama: Kewarganegaraan yang Bertang- gung Jawab .....</b>	<b>1</b>
<b>Bagian Kedua : Pendidikan Kewarganegaraan: Antara Tantangan Lokal dan Global .....</b>	<b>31</b>
1. Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Kewargane- garaan: Pendekatan Tanggung Jawab (Anhar Gonggong) .....	33
2. Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Kewargane- garaan (J. Kristiadi) .....	42
3. Pendidikan Kewarganegaraan di Dunia yang Terus Berubah (Siswono Yudohusodo) .....	53
4. Bersama Membangun Kewarganegaraan yang Berperspektif Gender (Titi Sumbung) .....	68
<b>Bagian Ketiga: Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat sebagai Praksis Pelayanan .....</b>	<b>91</b>
1. Dari <i>Bandung Plan</i> ke Rencana Leimena (S.L. Leimena) .....	93

2. Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat bagi Peningkatan Kesehatan untuk Rakyat (Gottlieb Sihombing) .....	99
3. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran serta Kesehatan Masyarakat: Simbiosis Mutualisme? (Abraham Simatupang) .....	105
4. Dr. Leimena, Seorang Perencana Kesehatan Masyarakat Sepanjang Masa (Sujudi) .....	113
<b>Bagian Keempat: Memaknai Ulang Keindonesiaan</b> .....	<b>119</b>
1. Bhineka Tunggal Ika dalam Perspektif Hukum dan HAM (J.E. Sahetapy) .....	121
2. Komunalisme Berbaju Nasionalisme (Tamrin Amal Tomagola) .....	126
3. Menghadapi Gelombang Tsunami Kedua (George Junus Aditjondro) .....	133
4. Bhineka Tunggal Ika dalam Perspektif Budaya dan Politik (Harry Tjan Silalahi) .....	153
5. Korupsi dan Ancaman terhadap Keutuhan NKRI (Tjipta Lesmana) .....	158
<b>Bagian Kelima: Johannes Leimena: Pengabdian dan Perjuangan</b> .....	<b>169</b>
1. Beragama Mengabdikan Rakyat (Zakaria Ngelow) ...	171
2. Keambonan, Nasionalisme, dan Kecendekiaan (Fadel Muhammad) .....	187
3. Kenangan Bersama Leimena: Sebuah Catatan Pribadi (Roeslan Abdulgani) .....	202
4. Om Jo: "Rustig, rustig!" (A.A. Yewangoe) .....	210
5. GMKI Belajar dari Leimena, Mengubah Gerakan Demonstratif Menuju Gerakan Pemikiran (Yanedi Jagau) .....	219

<b>Epilog dan Rangkuman</b> .....	<b>235</b>
<b>Lampiran-lampiran</b> .....	<b>253</b>
- Laporan Panitia Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena .....	255
- Catatan-catatan Seminar .....	268
- Catatan Ziarah di Taman Makam Pahlawan Kalibata dalam Rangka Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena .....	271
- Catatan dan Kenangan Acara Jamuan Kasih Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena ....	276
- Riwayat Hidup Dr. J. Leimena .....	278
- Daftar Karya Tulis Dr. Johannes Leimena .....	285
- Panitia Mengenang 100 Tahun Dr. Johannes Leimena .....	292
- Biodata Penulis .....	295
- Biodata Tim Penyunting .....	299
- Foto-foto Kenangan .....	301

3

## **Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran serta Kesehatan Masyarakat: Simbiosis Mutualisme?**

DR.MED. ABRAHAM SIMATUPANG, DR.; M.KES.

### **Dua Medan Pertempuran**

Kita semua harus mengakui bahwa di negara-negara berkembang seperti Indonesia terjadi peningkatan penyakit non-infeksi, seperti stroke, jantung, kanker dan obesitas. Di saat yang bersamaan, dunia kedokteran dan kesehatan di negara berkembang masih juga bergelut dengan penyakit-penyakit "klasik", seperti kekurangan gizi dengan segala implikasinya, tingkat kematian ibu dan bayi serta balita yang tinggi, penyakit infeksi cacing, malaria dan parasit lainnya. Sementara itu, HIV/AIDS, penyakit yang antara lain ditandai dengan multiinfeksi karena kegagalan imunitas pasien akibat diserang oleh virus yang pada akhirnya bisa menyebabkan kematian pasien, telah pula menjadi masalah besar di banyak negara berkembang.<sup>1</sup> Tantangan ini memang sangat berat

karena bangsa kita seakan-akan berperang di dua medan pertempuran. Apalagi baru-baru ini kita disibukkan dengan kasus merebaknya (kembali) polio di Sukabumi dan busung lapar di NTB yang telah memakan korban jiwa. Kedua "pertempuran" ini tentu harus dihadapi dengan strategi yang jitu. Kalau tidak, dengan minimnya sumber daya yang dimiliki, kita dapat "kalah" di kedua medan pertempuran tersebut. Strategi-strategi yang dipilih oleh Departemen Kesehatan yang tertuang dalam program kerjanya tampak masih mengutamakan pertempuran dengan penyakit klasik, karena memang pelaksanaan program kesehatan pada penyakit klasik itulah yang secara langsung memberikan dampak terbesar bagi kesehatan masyarakat.

### Kualitas Kesehatan versus Visi Indonesia Sehat 2010

Dalam laporan tahunannya, Depkes menyatakan bahwa upaya kesehatan di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan promotif dan preventif masih kurang. Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB), atau sekitar 12-18 USD per kapita/tahun (standar WHO, minimal 5% dari PDB). Dibandingkan dengan India, biaya kesehatan per kapita adalah 23 USD, Pakistan 18 USD dan Banglades 14 USD.<sup>2</sup> Di samping indikator-indikator langsung kesehatan, seperti angka kematian ibu dan anak, kita juga mengenal *Human Development Index* yang memperhitungkan indikator kesehatan, yakni indeks usia harapan hidup (*life expectancy index*), pendidikan dan pendapatan. Tampak bahwa dari tahun ke tahun HDI Indonesia tidak beranjak naik, tetapi malah cenderung menurun, yaitu di peringkat 111 (2002) dan 112 (2003) dibandingkan Vietnam, misalnya, yang cenderung meningkat, yakni peringkat 112 (2002) dan 109 (2003).<sup>3</sup>

Departemen Kesehatan melalui Visi Indonesia Sehat di tahun 2010 telah menggariskan bahwa pada tahun tersebut Indonesia diharapkan akan mencapai tingkat kesehatan tertentu, yang ditandai oleh penduduk yang (1) hidup dalam lingkungan yang sehat; (2) mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat; serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan

(menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu; sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi.<sup>4</sup> Visi ini sejalan dengan apa yang mengemuka di belahan dunia lain, bahkan di negara maju sekalipun, yaitu soal hak menurut keadilan (*equity in health*) dalam kesehatan.<sup>5</sup> Sementara itu, dari segi pembangunan kesehatan diarahkan untuk mencapai sasaran sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (Perpres No. 7 Tahun 2005), yaitu:<sup>6</sup>

1. meningkatnya usia harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun;
2. menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup;
3. menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup;
4. menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 25,8% menjadi 20%.

Tantangan yang tertuang dalam rencana strategis Departemen Kesehatan tahun 2005-2009 itu tentu membutuhkan segenap sumber daya yang harus dikelola dengan cermat. Metode penetapan prioritas dengan menggunakan berbagai macam teknik analisis, antara lain teknik analisis pengambilan keputusan melalui penilaian berbagai kriteria (*multi-criteria decision analysis*) perlu dipelajari dan dilaksanakan terutama di negara-negara yang serba terbatas sumber dayanya (*scarce-resources countries*).<sup>7</sup>

### Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran atau Kesehatan Masyarakat?

Pada akhir tahun 1930-an, angka kematian menurun secara drastis di Asia, Afrika dan Amerika Selatan, dan pada tahun 1970-an angka harapan hidup (*life expectancy*) meningkat menjadi di atas 60 tahun. Di Eropa, perbaikan indikator-indikator itu berlangsung dalam kurun waktu 100 tahun dan 50 tahun yang terjadi pada permulaan tahun 1800-an.

Di abad ke-20, pertumbuhan yang cepat dari indikator-indikator itu terjadi karena perkembangan teknologi kedokteran, antara lain antibiotika

dan vaksin, sedangkan pada abad ke-19, perkembangan itu agak lambat karena perubahan sosial dan ekonomi yang juga lambat. Penurunan kekurangan makan di Asia Selatan dari 40% di tahun 1970-an menjadi 23% di tahun 1997, dan berakhirnya kelaparan kronis hanya mungkin terjadi karena terobosan-terobosan teknologi di bidang perbenihan, pupuk dan pestisida di tahun 1960-an yang menghasilkan peningkatan produk pangan dua kali lipat dalam waktu 40 tahun. Hal itu bisa dibandingkan saat Inggris membutuhkan 1000 tahun untuk meningkatkan produktivitas lahan dari 0,5 ton per hektar menjadi 2 ton per hektar.<sup>8</sup>

Di abad ke-21 ini, perkembangan dunia kedokteran dan kesehatan jauh lebih cepat lagi, terutama di bidang biomedis dengan pendekatan biomolekuler. Materi genetika manusia telah berhasil dipetakan melalui program Genome yang menguak banyak misteri kehidupan. Perkembangan itu juga membuka luas pintu peluang-peluang baik di bidang pemahaman akan proses-proses biologi makhluk hidup, terlebih terhadap kemungkinan-kemungkinan pencegahan dan terapi penyakit-penyakit yang disebabkan atau dipengaruhi oleh materi genetika. *Cloning, stem cell*, adalah beberapa istilah yang sekarang sangat mengemuka di bidang kedokteran. Bangsa Indonesia tentu harus turut aktif memberi sumbangan nyata dalam pengembangan iptek kesehatan seperti yang dilakukan oleh Lembaga Eijkman, Puspitek Serpong dan lembaga-lembaga penelitian yang tersebar di beberapa fakultas kedokteran lainnya. Namun, dalam hal iptek kedokteran atau kesehatan, Indonesia masih jauh tertinggal dari negara-negara lain, misalnya Singapura yang serius dalam hal ini. Ini bisa dilihat dari banyaknya investasi yang dilakukan Singapura dalam bidang riset kedokteran dan farmasi.

Indonesia masih tetap menjadi lahan pasar hasil pengembangan iptek, belum menjadi kontributor yang bermakna. Hal itu kembali berasal dari belum jelasnya cetak-biru (*blue print*) mengenai arah dan strategi pengembangan iptek kedokteran. Walaupun ada, itu masih terbatas pada masing-masing institusi yang kadang-kadang bersifat superfisial dan parsial. Beberapa perusahaan farmasi lokal yang besar seperti Kalbe Farma dan Sanbe Farma menyatakan telah memiliki laboratorium riset pengem-

bangun obat yang canggih dalam rangka memenuhi pasar global. Namun, hasilnya belum tentu bermanfaat secara langsung untuk pengembangan dan pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia. Sementara itu, perusahaan farmasi milik negara seperti Kimia Farma dan Indo Farma, mempunyai tugas utama menyediakan obat-obat generik yang dibutuhkan masyarakat.

Program peningkatan iptek kedokteran tidaklah murah. Kegiatan ini padat modal dan berisiko tinggi, serta membutuhkan SDM yang juga berkualifikasi tinggi. Ketersediaan tenaga berkualifikasi tinggi tidaklah mudah. Walaupun tersedia, mereka biasanya akan lebih tergiur bekerja di perusahaan atau lembaga riset ternama yang juga dapat memberikan jaminan kesejahteraan yang lebih baik, dibandingkan di lembaga-lembaga riset pemerintah atau swasta nasional. Masalah *brain drain* merupakan masalah besar di negara berkembang.<sup>9</sup> Investasi yang telah ditanam dalam pendidikan dan pengembangan tenaga kesehatan menjadi sia-sia karena rendahnya insentif, ketiadaan sarana dan prasarana tempat kerja yang memadai, sistem penjenjangan karier yang tidak jelas serta kebijakan-kebijakan yang sering kali tidak mendukung atau tumpang tindih. Ditambah lagi dengan alasan politis, banyak tenaga kesehatan akhirnya hengkang dari tempat kerjanya di daerah pedesaan ke perkotaan atau bahkan ke luar negeri.

Khusus mengenai tenaga dokter, banyak perubahan mendasar yang telah terjadi, terutama dalam hal pendidikan, baik di tingkat dokter umum maupun dokter spesialis. Di banyak negara Barat dan beberapa negara Asia, pendidikan kedokteran yang berbasis kompetensi (KBK) dan melalui proses pendidikan berbasis masalah (*problem-based learning*) sudah lama diterapkan.<sup>10</sup> Di Indonesia, Universitas Gadjah Mada, Universitas Padjadjaran, Universitas Negeri Sebelas Maret merupakan contoh perguruan tinggi yang melaksanakan pendidikan kedokteran dengan pendekatan di atas. Sebentar lagi ketentuan ini akan diberlakukan bagi seluruh fakultas kedokteran di Indonesia. Pendidikan dan ketersediaan tenaga kesehatan lainnya, seperti perawat, apoteker dan ahli farmasi, tenaga laboratorium, penata rontgen, ahli rekam medik, sanitasi, dan lain-lain. kebanyakan masih menggunakan cara-cara pendidikan klasik atau belum

melakukan reformasi pendidikan dengan baik. Keterkaitan hal-hal yang didiskusikan di atas dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1.

Keterkaitan faktor-faktor yang mempengaruhi konsep antara iptekdok dan kesehatan masyarakat

## Penutup

Dari uraian di atas tampak bahwa masalah kesehatan masyarakat tidak berdiri sendiri, tetapi sangat berkaitan dengan bidang-bidang lain. Di dalam dunia kesehatan itu sendiri ada banyak faktor yang berperan. Masing-masing faktor itu mencakup bidang yang kompleks pula. Contohnya, mengenai ketenagakerjaan, penyediaan alat-alat kesehatan, vaksin,

obat, dan lain-lain. Istilah koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi sering terdapat yang sering ditulis dan dibicarakan dalam program kesehatan Indonesia harus menjadi kenyataan di lapangan. Kompleksitas permasalahan dan juga solusi yang ditawarkan harus disikapi secara bijak, dengan memperhatikan kekuatan serta profesionalisme SDM, dan na, kebijakan-kebijakan yang mendukung, dan dinamika keadaan kesehatan an di Indonesia maupun global. Masyarakat sebagai sasaran akhir dari serua upaya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan harus juga diikutitakan sejak awal untuk menciptakan rasa kebersamaan, kepemilikan dan an tanggung jawab berkolaborasi dan kesehatan sebagai bagian dari investasi modal kapital (social capital) harus diselenggarakan dengan bijaksana.<sup>11</sup>

- <sup>1</sup> K.D. Brownell, D. Yach, "Lessons from a small country about the global crisis", *Globalization and Health* 2006; 2:11, diunduh dari <http://www.globalizationandhealth.com/content/2/1/11>; "The Times of India. For India, Health Becoming a Chronic Problem", *show/msid-1916535*, diunduh dari <http://timesofindia.indiatimes.com/article>
- <sup>2</sup> United Nations Development Programme. *Human Development Index Report*, 2003
- <sup>3</sup> Departemen Kesehatan RI, *Indikator Indonesia Sehat 2010*, dan *Penetapan Indikator Kesehatan Nomor 1202/Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/2003*.
- <sup>4</sup> M. Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity and Health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2000; M. Whitehead, C. Dahlgren, T. Evans, *Equity and Health Sector Reforms: Can Low-income Countries Escape the Medical Poverty Trap?*, *Lancet* 2001; 358:833-836.
- <sup>5</sup> *Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009*, Departemen Kesehatan RI, 2005.
- <sup>6</sup> Baltussen R, L. Niessen, "Priority Setting of Health Interventions: the Need for a Multicriteria Decision Analysis", *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2006, 4:14, diunduh dari: <http://www.resource-allocation.com/content/4/1/14>.
- <sup>7</sup> United Nations Development Programme. *Human Development Report*. Oxford University Press, New York, hlm. 2.
- <sup>8</sup> R. Leduc, "The Importance of Context". *Human Resources Management in Health Care: A Global Context*.

for Health 2006, 4:20, diunduh dari <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>.

<sup>9</sup> B. Salafsky, H.J. Glasser M., *Addressing Issues of Maldistribution of Health Care Workers, Annual Academic Medecol Singapore* 2005, 34: 520-5; Sahni, "Production and Utilization of Health Manpower Towards Improvement of Health Services in India", *Health Administrator*, Vol. XVII Number 1:1-3.

<sup>10</sup> R. Iedema, P. Degoling, J. Briathwaite, D. Kam Yin Chan, *Medical Education and curriculum reform: Putting reform proposals in context*. Med. Educ. Online [serial online] 2004, 9:17. G. Belos, C. Lionis, M. Fioretos, J. Vlachonicolis, A. Philalithis, *Clinical Undergraduate Training and Assessment in Primary Health Care: Experiences gained from Crete*. Greece: BMC Medical Education 2005, 5:13, diunduh dari <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/13>; R.K. Kamei, T.C. Sectish, *Evaluating a Residency Program Using Reflections of Recent Resident Graduates and Their Pediatric Colleagues*. Med. Educ. Online [serial online] 2003;8:6, diunduh dari <http://www.med-ed-online.org>; R.G. Evans, "Patient Centred Medicine: Reason, Emotion, and Human Spirit? Some Philosophical Reflections on Being with Patients", *J. Med. Ethics: Medical Humanities* 2003; 29:8-15; S.N. Sarbadhikari, "Basic Medical Science Education Must Include Medical Informatics", *Indian J. Physiol Pharmacol* 2004; 48(4):395-408.

<sup>11</sup> M.K. Islam, J. Merlo, I. Kawachi, M. Lindstrom, "Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review", *Inter. J. for Equity in Health* 2006, 5:3 doi:10.1186/1475-9276-5-3, diunduh dari <http://www.equityhealthj.com/content/5/1/3>; R. Wilkinson, M. Marmot, (Eds.), *Social Determinants of Health. The Solid Facts* 2<sup>nd</sup> edition. WHO Copenhagen, 2003.

4

## Dr. Leimena, Seorang Perencana Kesehatan Masyarakat Sepanjang Masa

PROF. DR. SUJUDI

Dr. Leimena pernah menjabat sebagai menteri kesehatan sebanyak delapan kali, mulai tahun 1947 sampai 1956.

Selama masa perjuangan fisik, dinas kesehatan terdiri dari dua bagian, yaitu dinas kesehatan wilayah kekuasaan Republik Indonesia dan kekuasaan Belanda. Setelah masa perang kemerdekaan, kementerian kesehatan menghadapi kekurangan tenaga dokter, para medis, tenaga administrasi, dan lain-lain. Keadaan ini diperulit lagi oleh kesimpangsiuran akibat dimasukkannya dinas kesehatan federal ke dalam lingkungan kementerian kesehatan RI, yang mengakibatkan hubungan instansi pusat dengan dinas kesehatan yang ada di daerah tidak lagi sinkron.

Dr. Leimena menyadari adanya tumpang tindih antara beberapa instansi dalam menangani kesehatan rakyat. Jadi, perhatiannya dipusat-