

KEBIJAKAN SUBSIDI KESEHATAN KOLONIAL DI JAWA PADA AWAL ABAD KE20

The Colonial Health Subsidy Policy in Java (1906-1930s)

Baha' Uddin¹ dan Bambang Purwanto²

*Program Studi Sejarah
Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada*

ABSTRACT

The public health is a very complex problem since it does not only relate to medical factor but also to environmental, social, economy, cultural and political factors. What happened in the nineteenth century on the health condition of Java society reflected the misunderstanding and the politics of discrimination of the Netherlands-India government on the problem. As a result, the Netherlands-India's policy for public health was just a responsive and gradual action which emphasized only to minority society group. This phenomenon showed that the modern medical sciences brought by the westerners were just for the sake of their military health. As for the westerners themselves, this was intended to protect their group from diseases in native society.

In the early twentieth century, there were changes in colonial policy for public health in Java. First, the establishment of a government institution in charge of public health that led to the systematic handling of public health. Second, the effort to expand the access of curative care from hospitals for the native society was established. Accordingly, related to ethical politics, the colonial government implemented subsidy policy for health public by establishing new hospitals from 1910 to 1920. In the early 1920s, this policy was unsuccessful to help access the native society to get health service from the hospitals. As a result, the government changed the method and orientation of its policy by giving more access to poor society. However, since the Netherlands-India experienced the economic depression in the 1930s, this subsidy policy did not run as expected. Since then, with the decreasing budget for health subsidy, the government implemented the third policy, i.e. decentralization of health.

Key words: *public health, policy, subsidy*

1. Fakultas Ilmu Budaya Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

PENGANTAR

Pelayanan kesehatan kolonial pada awal abad ke-20, terutama untuk pelayanan kuratif sangat diskriminatif. Hanya sebagian kecil dari rakyat pribumi yang bisa mendapatkan akses pelayanan kesehatan ini. Oleh karena itu, ketika Politik Etis digulirkan pada masa ini salah satu poin yang mendapatkan perhatian adalah mengenai pelayanan kesehatan. Permasalahan yang diangkat adalah bagaimana pelayanan kesehatan kolonial dapat dinikmati oleh masyarakat secara meluas. Dengan dasar pemikiran itu, kemudian muncullah kebijakan subsidi kesehatan yang pada dekade 1910-1920 berorientasi kepada perluasan pelayanan kesehatan kuratif dengan mendirikan banyak rumah sakit, baik di Jawa maupun di luar Jawa, baik rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit milik swasta.

Politik Etis dan Kesehatan Masyarakat Jawa

Krisis ekonomi dunia, pada akhir abad ke-19, telah menyebabkan menurunnya tingkat kemakmuran penduduk khususnya di Jawa sehingga pada awal abad ke-20 pemerintah kolonial berusaha untuk mengetahui penyebab hal tersebut dengan melakukan penelitian yang dikenal dengan *Mindere welvaart onderzoek op Java*. Namun, sebenarnya rendahnya tingkat kemakmuran di Jawa telah terjadi sejak pertengahan abad ke-19. Burger dengan jelas menyatakan bahwa rendahnya tingkat kemakmuran masyarakat Jawa itu telah terjadi sejak tahun 1830-an. Beberapa hal, menurut Burger, yang menjadi penyebabnya antara lain adalah besarnya jumlah penduduk Jawa pada saat itu, penerapan *cultuur stelsel* atau sistem tanam paksa, politik liberal, dan masuknya barang-barang industri ke daerah pedesaan Jawa.¹

Atas dasar laporan tersebut diatas, tokoh-tokoh dari golongan Etis seperti Van Deventer, De Wolff van Westerrode dan Abendanon menyerukan untuk membayar "hutang budi" kepada penduduk di Hindia Belanda dengan meningkatkan kesejahteraan hidup mereka dengan triasnya yang terkenal "irigasi, edukasi, dan emigrasi" sebagai ide dasar dari politik etis.²

Politik Etis mulai diterapkan di Hindia Belanda pada tahun 1901. Menurut Boeke, kebijakan ini merupakan murni kebijakan untuk mengembangkan ekonomi massa dikalangan penduduk Indonesia.³ Sementara Furnivall melihat bahwa Politik Etis mempunyai dua bidang tujuan yaitu dalam bidang ekonomi dan sosial. Dalam bidang ekonomi, kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan perkembangan perusahaan orang-orang Barat sehingga mampu menyediakan dana bagi

kesejahteraan penduduk di Hindia Belanda. Sementara dalam bidang sosial bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial, terutama pada penduduk di pedesaan.⁴

Namun, memang tidak dapat dipungkiri bahwa Politik Etis lebih besar kaitannya dengan kebijakan ekonomi pemerintah kolonial Belanda. Oleh karena itulah, di antara kalangan sejarawan terdapat perdebatan mengenai hubungan antara kewajiban moral (*moral obligation*) dan kepentingan ekonomi (*economic interest*) dalam konsep yang terkandung dalam Politik Etis.

Robert Cribb menyatakan bahwa sebenarnya Politik Etis secara garis besar mengandung 3 aspek kebijakan.⁵ *Pertama*, kebijakan ini mungkin digambarkan sebagai sebuah dorongan menuju perlindungan administratif dan legal terhadap penduduk pribumi Indonesia meskipun sebenarnya konsep *protection of natives* dapat digunakan untuk membenarkan pembongkaran terhadap negara-negara yang dibangun oleh masyarakat pribumi dan menempatkannya di bawah pemerintahan kolonial.

Sementara itu, administrasi kolonial telah dimulai untuk memperbaiki elemen-elemen pada kekuasaan administratif terhadap pemerintah pribumi.⁶ Selain itu, butir ini juga mempunyai tujuan untuk meningkatkan kemauan para pejabat kolonial untuk mengambil bagian dalam permasalahan yang dihadapi oleh penduduk pribumi Indonesia melawan kepentingan modal Barat. Fenomena yang paling sering terjadi dalam konteks ini adalah sedikitnya keputusan untuk mengalokasikan air atau tanah untuk penduduk pribumi daripada untuk kepentingan industri gula milik para investor Barat.

Kedua, Politik Etis ini juga mempunyai tujuan untuk memperluas kesempatan pendidikan bagi penduduk pribumi Indonesia. Alasan untuk peningkatan pendidikan adalah sebuah hasrat umum untuk persebaran peradaban Barat, terutama Belanda, kepada masyarakat dan sebuah upaya untuk melakukan modernisasi secara komprehensif dalam hal ini adalah peningkatan *skill* dalam bekerja. *Ketiga*, politik etis telah mendorong terciptanya kesejahteraan oleh intervensi langsung dalam bidang ekonomi dan masyarakat.

Sementara itu, menurut pandangan Furnivall, kegagalan kebijakan politik liberal, pada kurun waktu 1870-1900, dalam menciptakan kemakmuran bagi penduduk pribumi telah menciptakan sebuah "kecenderungan kolonial baru". Lebih lanjut dia menyatakan bahwa pembangunan mesin politik baru menyangkut kekayaan material dan kesejahteraan manusia jauh melampaui kebijakan liberal negatif yang lama untuk menyingkirkan hambatan menuju kemajuan, dan

peningkatan ke arah kebijakan yang konstruktif. Pada awal abad ke-20, "kecenderungan kolonial baru" itu diekspresikan dalam Politik Etis yang bertujuan untuk meningkatkan standar kesejahteraan masyarakat pribumi.⁷

Tidak jauh dari pandangan Boeke, menurut V.J.H. Houben, penerapan Politik Etis merupakan sebuah era eksploitasi asing yang ditransformasikan pada sebuah periode kebijakan pembagian ekonomi yang lebih besar kepada penduduk pribumi.⁸ Politik Etis yang dipahami dalam tulisan ini berpedoman pada pendapat Furnivall diatas bahwa selain terdapat motif ekonomi, Politik Etis juga mempunyai tujuan dibidang sosial. Oleh karena itulah, hampir semua tulisan yang mengkaji mengenai Politik Etis selalu menghubungkannya dengan kebijakan peningkatan kesejahteraan penduduk pribumi, terutama di Jawa dalam arti yang luas.

Dampak Politik Etis terhadap bidang ekonomi telah banyak dilakukan oleh sejarawan, baik dalam maupun luar negeri, tetapi dalam bidang kesehatan masyarakat, belum banyak mendapatkan perhatian. Furnivall dan juga Boomgaard dengan jelas mengakui bahwa terdapat perhatian yang lebih serius dari pemerintah kolonial Belanda terhadap kondisi kesehatan masyarakat, khususnya di Jawa, mulai awal abad ke-20. Kasus-kasus epidemi penyakit menular mematikan seperti Kolera dan Malaria yang terjadi, di hampir semua wilayah di Pulau Jawa, jelas mengindikasikan bahwa terdapat hal yang salah dari kebijakan pemerintah Hindia Belanda. Mungkin atas dasar itu, Furnivall menyatakan bahwa perhatian terhadap kesehatan masyarakat tersebut merupakan salah satu dari upaya untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk pribumi.⁹

Senada dengan pendapat Boomgaard dan Furnivall diatas, Robert Cribb juga menyatakan bahwa salah satu upaya dalam rangka menyalurkan bantuan f30 juta dari pemerintah Belanda itu adalah untuk memperbaiki masalah-masalah kesehatan masyarakat, khususnya di Jawa. Tingginya angka kematian bayi, yang berarti rendahnya kesempatan untuk hidup bagi bayi, merupakan masalah yang serius dalam hubungannya dengan pertumbuhan penduduk pada waktu itu.¹⁰ Oleh karena itulah, Cribb menganggap bahwa masalah kesehatan penduduk sebagai bagian penting dalam upaya untuk menyejahterakan penduduk secara keseluruhan.¹¹

Untuk menindaklanjuti hal tersebut di atas pemerintah, Hindia Belanda kemudian melakukan beberapa perubahan kebijakannya dalam bidang kesehatan. Pada awal dekade abad ke-20, seperti telah disinggung pada bab sebelumnya, pemerintah Hindia Belanda melakukan re-

organisasi struktur institusi kesehatan di Hindia Belanda, bahkan lebih dari itu dalam hal ini dipertegas lagi dengan melakukan pemisahan antara institusi kesehatan yang mengurus kesehatan militer dengan masyarakat umum. Kebijakan ini sangat penting untuk dilakukan karena metode dan tujuan dari kebijakan kesehatan untuk kalangan militer dengan masyarakat umum sangat berbeda.

Kebijakan Subsidi Kesehatan dan Upaya Perluasan Pelayanan Kesehatan

Seperti telah disinggung di atas, sebagai salah satu dampak penting dari pemberlakuan Politik Etis di Hindia Belanda adalah kebijakan mengenai pemberian subsidi terhadap rumah-rumah sakit pribumi swasta (*het particuliere inlandsche zieken-huizen*) di Hindia Belanda. Sebenarnya, kebijakan mengenai pemberian subsidi terhadap rumah sakit swasta ini sudah dilakukan oleh pemerintah Hindia Belanda sejak akhir abad ke-19, tetapi pemberlakuannya belum diatur dan dilakukan secara insidental.¹² Dalam artian, pemberian subsidi kesehatan pada akhir abad ke-19 sangat tergantung dengan kemurahan hati Gubernur Jenderal di Batavia.

Sejak tahun 1906, kebijakan subsidi kesehatan ini mulai dilakukan secara teratur dan peraturan-peraturan yang mengaturnya lebih jelas bila dibandingkan pada masa sebelumnya. Selain itu, pada waktu itu, merupakan pertama kali dilakukan klasifikasi dan kategorisasi terhadap keberadaan rumah sakit swasta tersebut. Secara garis besar subsidi kesehatan yang diberikan pemerintah tersebut dapat berupa dana segar, obat-obatan, peralatan rumah sakit, ataupun berupa gaji dokter dan paramedis yang bekerja pada sebuah rumah sakit swasta.

Pada *Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 276 Tahun 1906, dijelaskan bahwa rumah sakit swasta yang berhak menerima subsidi kesehatan adalah rumah sakit swasta pribumi dan rumah sakit swasta pembantu (*inlandsche hulpziekenhuizen*).¹³ Selain rumah sakit-rumah sakit tersebut, subsidi kesehatan juga diberikan kepada rumah sakit daerah. Jika jenis rumah sakit yang tersebut pertama biasanya didirikan oleh pihak swasta, baik berupa perusahaan maupun organisasi sosial dan keagamaan, jenis rumah sakit yang tersebut kedua merupakan rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah provinsi, kabupaten, dan kotapraja.¹⁴

Sementara itu, pada undang-undang ini, terdapat tiga jenis subsidi kesehatan yang dapat diberikan kepada rumah sakit swasta, yaitu:

1. subsidi yang diberikan pada tahap permulaan (*subsidiën in eens*);
2. subsidi yang diberikan pada setiap tahun (*jaarlijksche sub-sidiën*);

3. subsidi yang tidak ditentukan waktu pemberiannya (*sub-si-die, welke niet aan bepaalde tijdvakken zijn gebonden*)

Subsidi yang diberikan pada tahap permulaan kepada rumah sakit swasta dalam pelaksanaannya, dibedakan menurut jumlah subsidi dan penggunaannya. Jika subsidi tersebut untuk keperluan pendirian sebuah rumah sakit, maka jumlahnya sebesar $\frac{3}{4}$ bagian dari keseluruhan biaya pembangunan, tidak termasuk biaya pembelian tanah karena biasanya tanah yang digunakan untuk pembangunan rumah sakit swasta disewa atau hibah dari pemerintah daerah.

Jumlah besaran dana subsidi untuk pendirian rumah sakit untuk masing-masing kelas adalah sebagai berikut: kelas 1 jumlahnya sampai dengan f1700, kelas 2 sampai dengan f4000, kelas 3 sampai dengan f5300, kelas 4 sampai dengan f6850, dan kelas 5 sampai dengan f8500. Sementara besaran dana subsidi untuk keperluan pembiayaan pengadaan peralatan rumah sakit adalah sebagai berikut: kelas 1 jumlahnya sampai dengan f540, kelas 2 sampai dengan f1500, kelas 3 sampai dengan f2000, kelas 4 sampai dengan f2500, dan kelas 5 sampai dengan f3000.

Jika subsidi kesehatan yang diberikan pada tahap permulaan digunakan untuk pembiayaan pendirian rumah sakit swasta dan pengadaan peralatan pertama rumah sakit, maka subsidi kesehatan yang diberikan pada setiap tahun penggunaannya untuk gaji dokter dan paramedis, pembiayaan perawatan pasien, pemeliharaan gedung, dan perawatan peralatan rumah sakit.

Dokter Eropa atau dokter pribumi (dokter Jawa) yang sudah mempunyai wewenang masing-masing mendapatkan gaji dari subsidi sebesar f1200 per tahun. Perawat Eropa atau perawat pribumi yang berijazah masing-masing mendapatkan gaji dari subsidi sebesar f240 per tahun. Sementara pelayan pribumi mendapatkan gaji dari subsidi sebesar f120 per orang/tahun.

Besaran dana subsidi untuk keperluan membantu biaya perawatan pasien dibedakan menurut kelas rumah sakit tersebut. Untuk rumah sakit kelas 1, jumlahnya sebesar f200/tahun, kelas 2 sebesar f500/tahun, kelas 3 sebesar f1300/tahun, kelas 4 sebesar f2200/tahun, dan kelas 5 sebesar f3000/tahun. Sementara besaran dana subsidi untuk keperluan pemeliharaan bangunan adalah sebesar 5% dari jumlah pemberian subsidi pendirian rumah sakit, sedangkan untuk pemeliharaan peralatan sebesar 10% dari subsidi awal pengadaan peralatan tersebut.

Dana subsidi yang diperuntukkan rumah sakit pembantu juga dibedakan menjadi tiga jenis, tetapi besaran dananya berbeda dengan subsidi yang diperuntukkan rumah sakit swasta. Dana subsidi yang diberikan

pada tahap permulaan untuk keperluan pendirian rumah sakit pembantu jumlah maksimumnya adalah f300, sedangkan dana subsidi yang diperuntukkan pengadaan peralatan jumlah maksimumnya adalah f 200.

Untuk mendapatkan subsidi dari pemerintah, rumah sakit swasta atau rumah sakit pembantu harus mengajukan permohonan dengan disertai beberapa persyaratan yang rumit. Pengawasan atau monitoring pemberian subsidi ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Sipil atau Rakyat. Di bawah ini adalah rumah sakit swasta dan rumah sakit pembantu yang mendapatkan subsidi kesehatan setelah kebijakan tersebut diberlakukan di Hindia Belanda.

Seiring dengan dilakukannya reorganisasi institusi kesehatan pemerintah, pada tahun 1911, peraturan mengenai subsidi kesehatan yang tercantum pada SBNI No. 276 Tahun 1906 disempurnakan dalam SBNI No. 472 Tahun 1911. Perubahan yang terjadi adalah pada besaran dana subsidi yang diberikan kepada rumah sakit maupun rumah sakit pembantu. Selain itu, hal yang baru pada peraturan tahun 1911 ini adalah mengenai izin cuti bagi dokter-dokter Eropa.

Dana subsidi untuk keperluan gaji khususnya bagi perawat dan pelayan pribumi memang tidak ada perubahan dalam jumlah besaran dananya, tetapi terdapat kenaikan dalam jumlah personel yang berhak mendapatkannya. Misalnya, untuk subsidi gaji pelayan pribumi pada SBNI No.276 Tahun 1906, maksimal yang berhak mendapatkannya adalah 15 personel, tetapi dalam SBNI No 472 Tahun 1911 naik menjadi 25 personel.

Pada periode ini, juga ditandai dengan adanya perkembangan yang pesat pada rumah sakit pembantu di Hindia Belanda. Hal itu terbukti dengan dilakukannya klasifikasi pada rumah sakit ini seperti halnya dilakukan pada tingkat rumah sakit swasta. Pada SBNI 276 Tahun 1906 klasifikasi tersebut belum ada, namun pada SBNI No 472 Tahun 1911 telah dilakukan klasifikasi terhadap rumah sakit pembantu. Rumah sakit pembantu pada periode ini kemudian dibagi kedalam 2 kelas, kelas 1 adalah rumah sakit pembantu yang pada setiap hari melakukan perawatan terhadap 10-25 pasien, sedangkan kelas 2 merupakan rumah sakit pembantu yang pada setiap harinya melakukan perawatan terhadap 26 pasien atau lebih.¹⁵

Sementara itu, rumah sakit swasta pribumi di Pati Karesidenan Semarang pada tahun 1911 mendapatkan dana subsidi yang diberikan setiap tahun sebesar f 3600/tahun.¹⁶ Terhitung tanggal 1 Januari 1912 dana subsidi yang diterima oleh rumah sakit ini dinaikkan menjadi f 4150/tahun.¹⁷ Rumah sakit pembantu yang berada di Blora, Karesidenan Rembang, mendapatkan dana subsidi untuk keperluan pembaruan dan

perluasan bangunan sebesar f6586,75 dan untuk pembelian peralatan rumah sakit sebesar f 2050.¹⁸ Dana subsidi yang diberikan kepada rumah sakit di Kaliceret, Karesidenan Semarang, hanya untuk keperluan renovasi dan perluasan bangunan sebesar f 663,99.¹⁹

Pada tahun yang sama, rumah sakit pembantu pribumi di Purwodadi juga mendapatkan dana subsidi dari pemerintah Hindia Belanda untuk dua pos anggaran. Untuk keperluan renovasi dan perluasan bangunan, rumah sakit ini mendapatkan dana sejumlah f 1500 dan untuk pembelian obat-obatan untuk penyakit cacing sejumlah f 3750.²⁰ Selain itu, sebuah asosiasi kesehatan yang bergerak dalam pengobatan penyakit lepra bernama *Veree-niging tot bestrijding van Lepra in Nederlandsch-Indie* di Batavia pada tahun 1913 mendapatkan bantuan subsidi sebesar f 8400 untuk perawatan pada penderita lepra.²¹ Sementara itu, rumah sakit swasta di Surakarta pada tahun 1915 mendapatkan subsidi sebesar f 17.625 untuk keperluan pembelian tanah yang akan didirikan bangunan rumah sakit.²²

Pengelolaan atau manajemen rumah sakit yang memperoleh subsidi kesehatan dari pemerintah mendapatkan pengawasan khusus dari pemerintah Hindia Belanda, dalam hal ini adalah Kepala Dinas Kesehatan Sipil atas nama Gubernur Jenderal. Rumah sakit-rumah sakit tersebut paling tidak harus dipimpin oleh dokter dari Eropa atau minimal dokter pribumi yang sudah diakui kelayakan dan kecakapannya oleh pemerintah. Para dokter inilah yang oleh pemerintah dipercayai menjalankan dana subsidi kesehatan sesuai dengan permohonan dan peruntukannya.

Undang-undang yang mengatur mengenai dana bantuan subsidi kesehatan ini disempurnakan kembali pada tahun 1917 dengan dikeluarkanya *Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 229 Tahun 1917*. Dalam undang-undang yang baru ini, tidak ada perubahan mengenai besaran dana subsidi yang diberikan kepada rumah sakit. Perubahan yang terjadi justru pada jenis subsidi itu sendiri dengan penghapusan jenis subsidi yang waktu pemberiannya tidak ditentukan.

Dalam undang-undang ini, prosedur mengenai pengawasan subsidi juga lebih detil dijelaskan. Misalnya, untuk rumah sakit penerima subsidi tahunan harus menunjukkan laporan tahunan dan rekening anggaran lembaga kesehatan tersebut yang didalamnya terdapat pos pemasukan dan pengeluaran yang jelas penggunaannya. Dalam laporan rumah sakit tersebut, diharuskan juga mencantumkan anggaran yang ditentukan untuk perawatan orang miskin dan kurang mampu.²³

Pada periode ini, banyak perusahaan perkebunan di Jawa mendirikan rumah sakit yang ditujukan untuk perawatan para kuli dan buruh

yang bekerja di perkebunan tersebut. Dalam rangka memperluas pelayanan kesehatan untuk masyarakat, khususnya di Jawa, pemerintah Hindia Belanda kemudian bekerja sama dengan perusahaan perkebunan tersebut dalam hal pembiayaan rumah sakit. Oleh karena itulah, kemudian pada tahun 1919, dilakukan perjanjian mengenai pembagian pembiayaan rumah sakit swasta yang dikelola oleh perusahaan perkebunan ini.²⁴

Hasil kerjasama antara pemerintah dengan perusahaan perkebunan yang beroperasi di Jawa ini adalah banyaknya rumah sakit baru yang dibangun dan perluasan rumah sakit yang sudah ada. Misalnya saja, di Cirebon pada tanggal 3 Maret 1920 telah dibangun sebuah rumah sakit kotapraja dan di Bandung pada tanggal 5 Juli 1920 telah dibangun sebuah rumah bersalin dan perawatan anak "Pamitran". Pada tahun yang sama, tanggal 3 Juli, telah didirikan sebuah rumah sakit missionaris "Immanuel".²⁵

Sementara itu, di wilayah Garut, Tasikmalaya, dan Indramayu telah dimulai pembangunan rumah sakit daerah, demikian juga yang terjadi di wilayah Sukabumi. Rumah sakit Missionaris di Solo telah diperluas sehingga klasifikasinya naik menjadi rumah sakit swasta kelas 5. Di wilayah Jawa Tengah dan Jawa Timur juga terdapat pembangunan rumah sakit-rumah sakit daerah seperti yang terjadi di Pekalongan, Kudus, dan Madiun.²⁶

Di Yogyakarta dan sekitarnya, perusahaan swasta menjadi komponen penting dalam munculnya beberapa rumah sakit pembantu bahkan jauh sebelum perjanjian kerjasama dilakukan antara pemerintah dengan perusahaan perkebunan. Hampir semua rumah sakit pembantu di wilayah ini mendapatkan subsidi kesehatan dari pemerintah. Misalnya saja pada tahun 1910, *Koloniale Bank* mendirikan sebuah rumah sakit pembantu didekat pabrik gulanya di Candi Sewu atau Randu Gunting. Perusahaan yang sama kemudian juga mendirikan sebuah rumah sakit pembantu di Medari pada tahun 1914. Dua rumah sakit pembantu ini masing-masing setiap harinya dikunjungi pasien tidak kurang dari 50 orang, baik dari para buruhnya maupun dari masyarakat umum.²⁷

De Vorstenlanden, sebuah pabrik gula di Barongan, bekerja sama dengan perusahaan perkebunan *Klatensche Cultuur Maatschappij*, pabrik gula di Pundung, dan *Int. Crediet en Handels-vereeniging Rotterdam*, pabrik gula di Bantul, mendirikan sebuah rumah sakit pembantu di Patalan pada tahun 1914. *De Vorstenlanden* pada tahun 1922 juga mendirikan sebuah rumah sakit pembantu didekat pabrik gula Sewu Galur, Kulon Progo. Sementara itu, *Int. Crediet en Handels-vereeniging Rotterdam* pada

tahun 1922 mendirikan sebuah rumah sakit pembantu di Tanjungtirto.²⁸

Selain perusahaan swasta pemerintah daerah, dalam hal ini Kasultanan Yogyakarta, juga mempunyai andil yang besar dalam memperluas pelayanan kesehatan rumah sakit di wilayah ini. Pada tahun 1912 pemerintah Kasultanan mendirikan rumah sakit pembantu di Wonosari. Rumah sakit pembantu ini beserta beberapa polikliniknya ramai dikunjungi pasien terutama penderita penyakit *pathek* (fambusia). Setiap minggunya sekitar 300-400 penderita penyakit *pathek* yang berobat di rumah sakit pembantu Wonosari. Pemerintah Kasultanan pada tahun 1925 juga mendirikan sebuah rumah sakit pembantu yang terletak di Doangan. Separoh biaya pengelolaan rumah sakit ini ditanggung oleh pemerintah Kasultanan Yogyakarta sedangkan separohnya lagi ditanggung oleh pabrik gula Rewulu dan Demak Ijo.²⁹

Kontribusi pihak swasta, pemerintah daerah, maupun juga individu-individu dalam masyarakat, sangat penting dalam upaya pembiayaan rumah sakit, baik pembiayaan untuk mendirikan maupun pembiayaan dalam pengelolannya. Selain hal tersebut, sudah terbukti di wilayah Yogyakarta dan sekitarnya, di beberapa wilayah lain juga mencerminkan kondisi itu. Misalnya saja berdirinya rumah sakit daerah di Madiun, Kendal, Kudus, RS Mata di Yogyakarta, dan perluasan RS Kusta di Pelantungan, Semarang pada tahun 1920-an, kontribusi pihak-pihak yang disebutkan di atas sangat menentukan.³⁰

Namun, sebenarnya di samping maraknya perkembangan rumah sakit juga terjadi beberapa penutupan rumah sakit dengan pertimbangan sedikitnya kunjungan pasien per hari. Misalnya, rumah sakit milik pemerintah di Kutoarjo, Karesidenan Kedu, yang ditutup pada tahun 1921 dan pasiennya kemudian ditransfer ke rumah sakit Purworejo. Pada tahun yang sama, rumah sakit pemerintah di Garut juga ditutup.³¹ Penutupan juga menimpa beberapa rumah sakit pemerintah seperti rumah sakit di Tasik-alaya, rumah sakit di Jatiraga, Karesidenan Rembang, dan rumah sakit di Cilentah, Bandung yang semuanya ditutup pada tahun 1923.³² Pada tahun 1924, sejumlah rumah sakit pemerintah di Jawa Tengah juga ditutup antara lain rumah sakit di Gombang, Magelang, Purwokerto, Blora dan Salatiga.³³ Sementara pada tahun 1925 terdapat 3 rumah sakit milik pemerintah yang ditutup masing-masing adalah rumah sakit di Purwakarta, Pasuruan, dan di Banyumas.³⁴ Seperti halnya fenomena perkemangan pendirian rumah sakit, penutupan rumah sakit ini juga terjadi di daerah-daerah di luar Jawa.

Perubahan undang-undang mengenai subsidi kesehatan terjadi lagi pada tahun 1928. Perubahan yang termuat dalam *Staatsblad van*

Nederlandsch Indie Tahun 1928 No. 540 ini mempunyai arti sangat penting tidak hanya bagi perluasan pelayanan kesehatan, tetapi juga pemerataan pelayanan kesehatan untuk masyarakat di Hindia Belanda. Dalam undang-undang yang baru ini, juga dijelaskan mengenai apa yang dimaksud dengan rumah sakit dan rumah sakit pembantu. Selain itu dasar klasifikasi yang digunakan juga mengalami perubahan, kalau pada undang-undang yang lama menggunakan dasar pasien yang dirawat per hari, tetapi dalam undang-undang yang baru ini didasarkan atas jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh sebuah rumah sakit.³⁵

Pemberian subsidi tidak lagi terpaku dengan dasar alokasi seperti yang dimuat pada SBNI Tahun 1906 No. 276. Dalam undang-undang yang baru ini, yang disubsidi adalah tempat tidur yang ada di rumah sakit, sehingga setiap pasien yang menempati tempat tidur di rumah sakit, berarti biaya perawatannya secara tidak langsung disubsidi oleh pemerintah. Hal ini berarti terdapat pergeseran alokasi dana subsidi kesehatan dari pihak lembaga rumah sakit kepada pasien dan biaya perawatannya. Walaupun untuk alokasi dana seperti untuk pembangunan dan pemeliharaan gedung, pembelian dan pemeliharaan peralatan kedokteran tetap masih ada, tetapi subsidi untuk perawatan pasien miskin lebih diprioritaskan. Dalam artian, bahwa kalau subsidi untuk kepentingan fisik masuk dalam kategori subsidi yang diberikan pada tahap permulaan saja (*subsidiën in eens*) atau subsidi yang waktu pemberiannya tidak ditentukan (*subsidiën, welke niet aan bepaalde tijdstippen zijn gebonden*), tetapi subsidi terhadap tempat tidur diberikan per tahun (*jaarlijksche subsidiën*).

Perubahan paradigma kebijakan kesehatan pemerintah kolonial ini berhubungan erat dengan perubahan institusi yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat. Seperti telah dijelaskan dalam bab sebelumnya bahwa pada tahun 1925 terjadi reorganisasi dan perubahan institusi kesehatan pemerintah dari Dinas Kesehatan Sipil menjadi Dinas Kesehatan Rakyat. Perubahan yang terjadi tidak hanya sekedar ganti nama, tetapi ternyata juga berdampak terhadap paradigma yang digunakan dalam menangani permasalahan kesehatan terutama penduduk bumiputera di Hindia Belanda.

Konsep pemerataan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam hal ini adalah bahwa undang-undang yang baru ini, dengan jelas mencantumkan subsidi yang diberikan kepada rumah sakit ditujukan untuk golongan masyarakat miskin yang selama ini hanya mendapatkan sedikit porsi dalam pelayanan tersebut. walaupun tidak dapat dipungkiri terdapat rumah sakit yang sejak pertama didirikan telah mempunyai perhatian terhadap pelayanan kesehatan terhadap orang yang tidak

berpunya. Rumah sakit yang dikelola oleh Zending, terlepas dari tujuan utamanya sebagai penyebaran agama, dikenal mempunyai kebijakan khusus dalam menangani pasien yang tidak mampu artinya pasien seperti tidak diharuskan membayar perawatan ataupun jika harus membayar maka dengan tarif yang rendah.³⁶

Seperti telah disinggung di atas, pemberian subsidi kesehatan yang diatur dalam undang-undang yang baru ini didasarkan atas jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh sebuah rumah sakit. Pemberian subsidi itu kemudian dibagi dengan cara kesatuan, dan bukan per satu tempat tidur. Setiap satu kesatuan terdiri atas 48 tempat tidur.

Bantuan subsidi yang diberikan pada tahap permulaan saja (*subsidiën in eens*) untuk rumah sakit pembantu yang mempunyai kapasitas 24 tempat tidur adalah f1000, sedangkan untuk rumah sakit pembantu dengan kapasitas yang lebih dari itu adalah sebesar f1200. Sementara itu, bantuan subsidi yang berikan secara priodik meliputi beberapa jenis:

1. Subsidi untuk keperluan gaji dokter, paramedis dan karyawan di rumah sakit pembantu diatur sebagai berikut.

Rata-rata pasien harian selama satu tahun	Perawat Eropa berijazah	Mantri-perawat berijazah	Jumlah bantuan
1 - 12	1	1	Perawat Eropa yang berijazah f 1500/ tahun/orang
13 - 24	1	1	
25 - 36	1	2	Mantri-perawat f 360/ tahun/orang
37 - 48	1	2	

2. Pemberian untuk tenaga perawatan yang tidak berijazah, pelayan dan seterusnya adalah sebesar f 360/tahun per rata-rata 12 pasien/hari selama satu tahun kalender.
3. Pemberian bantuan untuk biaya perawatan ditambah f0,15/hari untuk setiap perawatan pasien di lembaga kesehatan.

Subsidi Kesehatan dan Perkembangan Rumah Sakit Zending

Peran rumah sakit-rumah sakit swasta semakin meningkat pada tahun 1916 ketika kebijakan pemerintah Hindia Belanda (Dinas Kesehatan Sipil) dibidang kesehatan mulai menitikberatkan pada usaha-usaha preventif sementara usaha kuratif sebagian besar diserahkan kepada rumah sakit dan poliklinik.

Seperti telah disinggung di atas, perkembangan rumah sakit swasta

ini tidak terlepas dari kebijakan pemerintah Hindia Belanda yang sejak tahun 1906 memberi subsidi kepada lembaga kesehatan ini, baik berupa obat-obatan, gaji dokter, maupun dana untuk pembangunan rumah sakit. Dengan kondisi seperti tersebut, maka tidak mengherankan jika rumah sakit swasta kemudian mengalami perkembangan yang pesat. Di antara 38.000 tempat tidur pasien dari 60.000 tidur pasien di rumah sakit pada tahun 1949 merupakan milik rumah sakit swasta sisanya, 22.000 tempat tidur, milik rumah sakit pemerintah.³⁷

Sebagian besar rumah sakit swasta yang melakukan pelayanan kesehatan di Jawa adalah milik Zending. Kehadiran penginjil di tanah jajahan semula dimaksudkan untuk memberi pelayanan kepada bangsa Belanda namun kemudian mengalami perkembangan menjadi penyebaran Kristen di kalangan penduduk asli. Dasawarsa pertama abad ke-19 merupakan awal kegiatan pastor dari negeri Belanda di Indonesia sementara itu kegiatan zendeling telah berlangsung sejak abad ke-17.

Paling tidak terdapat 2 kegiatan utama dari penjabaran tugas Zending di Indonesia yang pertama dibidang pendidikan dan yang kedua dibidang kesehatan. Pada kedua bidang tersebut, yang dilakukan oleh lembaga ini pada awalnya dimulai oleh adanya semacam utusan dari Negeri Belanda yang disebut dengan istilah dengan *Zendeling Leerar* (utusan pekabar In-jil) serta *Zendeling onderwijs* (utusan pengajaran). Pada tahap be-ri-kut-nya diikuti oleh *Zendeling Diacon* (utusan man-tri perawat), dan *Zen-de-ling Arts* (utusan dokter).³⁸ Wolterbeek,

Pemberian pelayanan kesehatan oleh Zending ini tidak hanya dimaksudkan untuk sarana pengobatan semata melainkan secara khusus didesain bagi terciptanya kondisi yang mendukung demi suksesnya misi keagamaan mereka. Para utusan Zending yang datang ke Indonesia merupakan tenaga yang sebelumnya telah dipersiapkan untuk melaksanakan misi keagamaan. Selain dididik mengenai pengetahuan keagamaan mereka juga diberi pelatihan mengenai pengetahuan dasar di bidang medis.

Hal tersebut disebutkan dalam ART Zending pasal 40 dan diperjelas dalam Tata Zending pasal 9 yang menyebutkan bahwa: *pertama* para utusan dalam menjalankan misi keagamaan harus didampingi oleh orang-orang yang berwenang bekerja dalam bidang pelayanan kesehatan baik sebagai dokter maupun juru rawat. *Kedua* pelayanan kesehatan harus ditujukan pada hal yang mendirikan serta mengelola suatu rumah sakit.³⁹

Hampir di semua wilayah Jawa terdapat rumah sakit-rumah sakit yang didirikan oleh Zending ini. Misalnya di Yogyakarta mereka mendi-

rikan rumah sakit Petronella, di Bandung rumah sakit Immanuel, di Malang rumah sakit Soekon, di Mojowarno, Salatiga, dan sebagainya. Pada umumnya mereka pertama kali membangun semacam sebuah rumah sakit pusat di tempat yang strategis lalu kemudian mereka mengembangkannya dengan mendirikan beberapa rumah sakit yang berada disekitar wilayah tersebut. Perkembangan ini tentu saja berhubungan dengan organisasi Zending yang menjadi induk mereka di negeri Belanda. Misalnya saja rumah sakit Petronella yang didirikan pada tahun 1899 merupakan *pilot project* bagi perkembangan rumah sakit Zending di Yogyakarta dan Jawa Tengah. Demikian juga halnya yang terjadi dengan rumah sakit Immanuel di Bandung, Jawa Barat dan Mojowarno di Jawa Timur.⁴⁰ Masing-masing rumah sakit Zending tersebut kemudian mendirikan beberapa rumah sakit zending didaerah sekitarnya sebagai upaya perluasan pelayanan kesehatan dan pencapaian misi keagamaannya.

Sebagai contoh, berdirinya rumah sakit Petronella di Yogyakarta, yang berada dibawah pengelolaan dan kendali *Gere-formeed Zending* yang ada di negeri Belanda, kemudian disusul dengan berdirinya beberapa rumah sakit zending lainnya di Yogyakarta dan Jawa Tengah.⁴¹ Rumah sakit Zending di Jebres, Surakarta didirikan pada tahun 1912, lalu rumah sakit Zending di Trenggiling, Purbalingga pada tahun 1914. Pada tahun 1915 terdapat 2 rumah sakit Zending yang didirikan yaitu di Kebumen dan di Purworejo. Kemudian rumah sakit Zending di Klaten didirikan pada tahun 1923 dan rumah sakit Zending di Wonosobo tahun 1929. Pada tahun 1931, juga terdapat 2 rumah sakit Zending yang didirikan yaitu di Magelang dan di Blora. Rumah sakit Zending terakhir dari kelompok *Gereformeed Zending* ini didirikan pada tahun 1932 yaitu di Purwokerto.⁴²

Selain itu, rumah sakit Petronella juga mengelola rumah sakit pembantu yang tersebar hampir diseluruh wilayah di Yogyakarta dan sekitarnya. Rumah sakit - rumah sakit pembantu tersebut masing-masing terletak di daerah Tungkak, Wates, Randugunting, Wonosari, Medari, Patalan, Sewugalur, Tanjungtirto, Sanden, Doangan, Sorogedud Wanujoyo, dan Cebongan. Sementara poliklinik-poliklinik yang dikelolanya antara lain tersebar di Temon, Butuh, Sentolo, dan Semin.⁴³

Demikian juga halnya yang dilakukan oleh *Nederlandsche Zending Vereeniging* di tanah Pasundan. Setelah mereka berhasil mendirikan rumah sakit Immanuel, maka pada tahun 1920-an, beberapa rumah sakit zending kemudian didirikan di wilayah Jawa Barat seperti di Purwakarta, Cideres dan lain-lain. Sementara itu antara tahun 1922-1928 di wilayah Bandung dan sekitarnya didirikan beberapa poliklinik antara lain di

Banjaran, Soreang, Ciwi-dey, Cililin, Padalarang, Cikalong Wetan, Cipeundeuy, Ranca Ekek, Cicalengka, Majalaya, Ciparay dan Sumedang.⁴⁴

Sementara itu, *Nederlandsche Zending Genootchap* (NZG) setelah berhasil mendirikan rumah sakit Zending di Mojowarno, kemudian dengan segera juga mendirikan beberapa rumah sakit zending disekitar wilayah tersebut. Beberapa rumah sakit pembantu yang didirikan pada periode tahun 1920-an antara lain berlokasi di Parerejo, Ngoro, Pare, Krikilan, dan Jatiroto, sedangkan poliklinik di Bareng (Jombang), Bong-sorejo dan Selorejo (Krian), Balongbendo dan Peterongan (Jombang), Sitiarjo (Malang), Jengkol dan Purworejo (Kediri), Gunungsari (Jember) dan Wonorejo (Pasuruan).⁴⁵

Pendirian beberapa rumah sakit Zending di sekitar rumah sakit Zending utama tersebut yang kemudian membentuk sebuah jaringan tidak terlepas dari konsep pelayanan kesehatan mereka. Konsep pelayanan kesehatan Zending adalah bahwa di setiap daerah terdapat sebuah rumah sakit utama (pusat) sebagai induk (*top referal*) yang dilengkapi dan dikelola sebaik mungkin. Sementara sebagai ujung tombak pelayanan adalah rumah-rumah sakit pembantu dan poliklinik yang mempunyai saluran komunikasi langsung dengan rumah sakit induk.

Rumah sakit Zending di Hindia Belanda pada tahun 1930-an sudah mengenalkan sistem jaringan dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Prinsip dari sistem jaringan tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Pasien yang mengalami penyakit ringan ditangani secara poliklinis di balai pengobatan.
- b. Pasien yang mengalami penyakit yang sedikit berat dipondokkan atau dirawat di rumah sakit pembantu.
- c. Pasien yang mengalami pasien penyakit berat di *refer* (kirim) ke rumah sakit utama (pusat).

Sebagian besar pembiayaan pengelolaan rumah sakit Zending ini dibiayai oleh subsidi pemerintah. Selain sangat tergantung pada bantuan subsidi pemerintah Hindia Belanda, rumah sakit zending ini juga sangat tergantung dari bantuan organisasi zendingnya sendiri terutama bantuan tenaga dokter, perawat dan obat-obatan yang langsung dikirim dari Belanda. Selain kedua sumber tersebut, dana pengelolaan rumah sakit zending juga diperoleh dari pemerintah daerah dan sumbangan beberapa perusahaan swasta yang beroperasi disekitar wilayah rumah sakit.

KESIMPULAN

Kebijakan kesehatan kolonial pada awal abad ke-20 antara lain adalah dengan memberi dana bantuan subsidi kepada rumah sakit sebagai sarana pengobatan masyarakat. Kebijakan lain yang tidak kalah pentingnya adalah dengan dipisahkannya Dinas Kesehatan yang menangani masyarakat umum dari Dinas Kesehatan Militer.

Jika kebijakan kedua lebih berorientasi pada pembenahan penanganan pelayanan kesehatan berdasarkan struktur birokrasi, kebijakan pertama lebih berorientasi untuk memberi pelayanan kesehatan yang semakin luas terhadap masyarakat. Subsidi kesehatan sampai tahun 1920-an lebih ditujukan untuk membangun sarana dan prasarana fisik, peralatan, dan mendatangkan dokter-dokter Eropa. Dari segi kuantitas pada periode ini terjadi peningkatan jumlah rumah sakit yang sangat signifikan di Jawa sebagai akibat dari kebijakan subsidi tersebut. Namun, ternyata subsidi pada periode ini lebih dinikmati oleh orang-orang Eropa sendiri, bangsawan pribumi, dan orang-orang yang hidup di perkotaan saja karena hampir semua rumah sakit di Jawa pada waktu itu berlokasi di pusat-pusat kota. Sementara masyarakat pribumi secara umum, dan khususnya masyarakat miskin, masih jauh dari harapan untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan ini.

Oleh karena itulah, pada akhir tahun 1920-an, dilakukan perubahan dalam kebijakan subsidi kesehatan baik dalam penggunaan dananya maupun metodenya. Pemerintah kolonial agaknya mulai menyadari bahwa kebijakan subsidi kesehatan yang selama ini diterapkan jauh dari asas pemerataan. Sehingga pada periode ini orang-orang miskin mendapatkan kesempatan untuk bisa menikmati pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit.

Sektor kesehatan, sebagaimana dengan sektor-sektor yang lainnya, sangat dipengaruhi oleh keadaan baik politik, ekonomi, maupun sosial yang berkembang pada saat itu. Ketika resesi ekonomi dan kemudian disusul dengan depresi ekonomi melanda Hindia Belanda, pemerintah dipaksa untuk segera melakukan pengimbangan anggaran negara, tidak terkecuali sektor kesehatan. Pengurangan anggaran sektor kesehatan, yang notabene sangat kecil, berdampak langsung terhadap pemotongan anggaran untuk subsidi kesehatan.

Kebijakan ini kemudian mempunyai dampak domino terhadap lembaga kesehatan yang selama ini menikmati kebijakan subsidi ini. Bagi rumah sakit swasta yang tidak mampu untuk tetap eksis pada kondisi ini, maka banyak di antara mereka yang kemudian gulung tikar. Sementara bagi rumah sakit swasta yang tetap bisa eksis, maka mereka

kemudian mengorbankan ideologi dan orientasi organisasi yang telah sejak lama dipegangnya. Rumah sakit jenis kedua ini kemudian mulai menjadikan pasien sebagai sumber keuangan mereka. Orientasi sosial mereka sedikit demi sedikit mulai bergeser ke arah orientasi ekonomi.

CATATAN AKHIR

¹ D.H. Burger, *Sejarah Ekonomis Sosiologis Indonesia I*, (Jakarta: Pradnjaparamitha, 1962), hlm 93.

² Lihat Suhartono, *Sejarah Pergerakan Nasional: dari Budi Utomo sampai Proklamasi 1908-1945*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1994), hlm. 16.

³ J.H. Boeke, "De Etische richting in de Nederlandsch-Indische politiek" dalam *De Gids*, 1940, hlm. 25, dikutip dari C. Fasseur, "Ethical Policy and Economic Development: Some Experiences of the Colonial Past" dalam *Lembaran Sejarah*. Volume3, No.1, 2000, hlm.209.

⁴ J. S. Furnivall, *Colonial Policy and Practice: A Comparative Study of Burma and Netherlands India*, (New York: New York University Press, 1956), hlm. 227.

⁵ Robert Cribb, "Development Policy in the Early 20th Century" dalam Jan-Paul Dirkse, Frans Husken and Mario Rutten (ed.) *Development and Social Welfare: Indonesia's Experiences under The New Order*, (Leiden: KITLV Press, 1993), hlm. 227.

⁶ Benda menyebut kebijakan ini dengan istilah *ontvoogding* atau *detutalization policy*. Selengkapnya lihat Harry J. Benda "The Pattern of Administrative Reforms in the Closing of Dutch Rule in Indonesia" dalam *The Journal of Asian Studies*, Volume 25, No. 4. 1966.

⁷ J.S. Furnivall, *Netherlands India: A Study in Plural Economy*(Cambridge: Cambridge University Press, 1944), hlm. 230

⁸ V.J.H. Houben, "Profit versus ethics: Government enter-prises in the late colonial state" dalam Robert Cribb (ed.), *The Late Colonial State in Indonesia: Political and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942*, (Leiden: KITLV Press, 1994), hlm. 191.

⁹ J.S. Furnival, (1956),*op.cit.*, hlm. 257. Lihat juga Peter Boomgaard "The Welfare Service in Indonesia, 1900-1942" dalam *Itinerario*, Vol X, 1986, hlm. 58. Bandingkan dengan Frans Husken, "Declining welfare in Java: Government and Private Inquiries, 1903-1914" dalam Robert Cribb, *Ibid*, hlm. 213-226.

¹⁰ Angka kematian bayi mencengangkan yang pernah terjadi di Jawa

adalah bahwa pada tahun 1916 Dinas Kesehatan Sipil melaporkan mortalitas bayi di Tanjung Priok, Batavia, mencapai 96% dari jumlah kelahiran yang ada pada waktu itu. Lebih jelasnya lihat H. F. Tillema, Kromo Blanda, *Ove't Vraagstuk van "het women" in Kromo's groote land*. Jilid III, (Groningen, 1921), hlm. 336.

¹¹ Robert Cribb, *op.cit.*, hlm. 232.

¹² Misalnya pada tahun 1904 pemerintah Hindia Belanda memberi subsidi untuk pembangunan rumah sakit swasta di Sindanglaya dan Sukabumi di wilayah Regentchap Priangan serta di Poespo dan Telogosari di wilayah Regentschap Pasuruan. Namun tidak disebutkan berapa jumlah subsidi yang diberikan pemerintah kepada rumah-rumah sakit itu. Sementara itu

¹³ *Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 276 Tahun 1906

¹⁴ "Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1911-1918., *op.cit.* hlm. 59.

¹⁵ *Staatsblad van Nederlandsch Indie*, No. 472 Tahun 1911

¹⁶ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 Januari 1911, No.23, dalam *Arsip Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie, Koleksi ANRI*

¹⁷ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 17 Januari 1912, No.32, *ibid.*

¹⁸ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 3 April 1912, No.43, *ibid.*

¹⁹ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 15 Mei 1912, No.56, *ibid.*

²⁰ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 12 Agustus 1912, No. 30, *ibid.*

²² Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 Mei 1915, No. 19, *ibid.*

²³ *Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 229 Tahun 1917.

²⁴ "Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1920., *op.cit.* hlm. 388.

²⁵ *Ibid.*

²⁷ Anonemous, *Het Zendingziekenhuis Petronella*, 1936. hlm. 15.

²⁸ Sugiarti Siswadi, *Rumah Sakit Bethesda: dari masa ke masa* (Yogyakarta: Andi Offset, 1989), hlm. 78.

²⁹ *Ibid.* hlm. 80.

³⁰ Lihat "Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1921 dan 1924. *op.cit.*, hlm. 356.

³¹ Kolonial Verslag Tahun 1923, Lihat juga Besluit Gubernur Jenderal tanggal 21 April 1921 dan 20 September 1921 No.74.

³³ Kolonial Verslag Tahun 1927

³⁴ Besluit Gubernur Jenderal tanggal 17 Juni 1925 No.11, 13 November 1925 No.22, dan 25 November 1925 No.4.

³⁵ Staatsblad van Nederlandsch Indie Tahun 1928 No. 540

³⁶ Sugiarti Siswadi, op.cit., hlm. 86.

³⁷ Sugiarti Siswadi, op.cit., hlm. 5.

³⁹ Mahati Zebua, "Sejarah Manajemen Rumah Sakit Bethesda di Yogyakarta" Laporan Penelitian, tahun 2000

⁴⁰ Organisasi yang beroperasi di Mojowarno adalah Nederlandsche Zending Genootchap(NZG) yang mendirikan rumah sakit Mojowarno pada tahun 1894, di Bandung Nederlandsche Zending Vereeniging(NZV) mendirikan rumah sakit Immanuel pada tahun 1910 dan di Jawa Tengah terdapat 2 yang besar yaitu Gereformeed Zending dan Zending Salatiga. Gereformeed Zending mendirikan rumah sakit Petronella di Yogyakarta pada tahun 1899. Lebih lanjut lihat J.D. Wolterbeek, Babad Zending di Pulau Jawa(Yogyakarta: Taman Pustaka Kristen, 1995).

⁴¹ J.A.C. Rullmann, Zending Gereformeed di Jawa Tengah(Salatiga: Gereja Kristen Djawa, 1970), hlm. 58-59.

⁴² Anonemous, "Het Zendingziekenhuis Petronella", op.cit, hlm. 9.

⁴³ Ibid., hlm 55-67.

⁴⁴ J.E. Siregar, "Riwayat Hidup Rumah Sakit Immanuel" dalam Satrio, et.al., Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid 3(Jakarta: Depkes, 1980), hlm. 175-193.

⁴⁵ Onze Ziekenhuisbode, 1928, hlm.8. lihat juga W.J.L. Dake, Het Medische Werk van de Zending in Nederlandsche Indie deel 1 (J.H. Kok B.V. Kampen, 1972).

DAFTAR PUSTAKA

A. Arsip

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 Januari 1911, No.23

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 17 Januari 1912, No.32, 3 April 1912, No.43, 12 Agustus 1912, No. 30 dan tanggal 15 Mei 1912, No.56

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 5 Juli 1915, No.39, 6 Mei 1915, No. 19, 4 Juni 1915 No. 33, 11 Juni 1915 No. 37 dan 38, serta 16 Desember 1915 No. 28.

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 April 1916, No.25, 22 April 1916 No. 8, 30 Agustus 1916 No.7, dan 9 Maret 1916 No. 39.

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 3 Juli 1917 No. 36, 13 Januari 1917 No. 27 dan 28, 12 Januari 1917 No. 15, 4 Juli 1917 No.55, dan 17 Agustus 1917 No. 36.

- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 11 Juni 1918, No.49, 23 Agustus 1918 No. 20, 28 Agustus 1918 No. 4, 30 Maret 1918 No. 16, 25 Juni 1918 No.48, 7 Agustus 1918 No. 34, 12 Agustus 1918 No. 7, 21 Agustus 1918 No. 39, dan 22 November 1918 No. 15.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 14 Februari 1919 No. 41, 1 Maret 1919 No.18, 1 April 1919 No. 40, 12 April 1919 No. 21, 4 Juni 1919 No. 29, 8 Agustus No. 27, 8 September 1919 No.8, 13 Mei 1919 No. 22, 17 Oktober 1919 No. 55, dan 23 Oktober 1919 No. 59.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 4 Januari 1920 No.2, 1 Agustus 1920 No.13, 23 Desember 1920 No.8
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 25 Ja-nu-ari 1923 No. 11, 19 Juli 1923 No.4 dan 5, 6 Agustus 1923 No.53, 25 Agustus 1923 No. 16, 6 September 1923 No.35, 10 September 1923 No. 8, 30 November 1923 No.25, 16 April 1923 No. 21, 13 Desember 1923 No.5, 30 Desember 1923 No.20 dan 22.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 2 Maret 1924 No 10, 6 Agustus 1924 No. 1, 2 September 1924 No.19, dan 16 April Tahun 1924, No. 21.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 24 Februari 1926 No. 49, 27 Februari 1926 No.26, 11 Maret 1926 No. 4, 6 Mei 1926 No.15, 30 April 1926 No. 18, 3 Maret 1926 No. 815, 10 Juni 1926 No.16, 15 Juni 1926 No. 20, 25 Juli 1926 No. 29 dan 33, 4 Agus-tus 1926 No.5, 9 Oktober 1926 No.33, 10 Desem-ber 1926 No.9.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 10 Januari 1927 No.25, 2 Februari 1927 No.7, 14 Februari 1927 No.8, 1 April 1927 No.29, 20 Februari 1927 No.12, 25 Maret 1927 No.36, 8 April 1927 No.5, 19 Mei 1927 No.30, 7 Juli 1927 No.13, 25 Juli 1927 No.14, 27 Oktober 1927 No. 17, dan 7 November 1927 No.19.
- Besluit Gubernur Jenderal tanggal 23 Maret 1928 No.2, 31 Maret 1928 No.44, 28 April 1928 No.20, 26 Januari 1928 No. 30, 5 Maret 1928 No.2, 13 Juni 1928 No.8, 11 Juli 1928 No.37, 29 Juni 1928 No.13, 1 Agustus 1928 No. 11, 26 Oktober 1928 No.4, 22 Desember 1928 No.5. 17 Juli 1928, No.20 dan 26 Oktober 1928, No.15.
- Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1924.

B. Sumber Resmi Tercetak

- Arsip Nasional Republik Indonesia. 1978. *Memori Serah Jabatan 1921-1930 (Jawa Barat)*. Jakarta: ANRI.
- Arsip Nasional Republik Indonesia. 1978. *Memori Serah Jabatan 1921-1930 (Jawa Timur dan Tanah Kerajaan)*. Jakarta: ANRI.
- Arsip Nasional Republik Indonesia, 1998. *Otonomi Daerah di Hindia Belanda 1903-1940*. Jakarta: ANRI.
- De-par-te-ment van Binenlandsch Bestuur. 1919. *Handeling van Land-sche Bes-tuur-sambtenaren ; Epidemi - Ordonantie en Unts-meeting-regle-ment. Wel-te-vreden : Landsdukkerij*
- Koloniaal Verslag Tahun 1905, 1908, 1914, 1923, 1924, 1927.
- Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Neder-landsch--Indie*, 1919.
- Staatblad van Nederlandsch Indie No. 276 Tahun 1906
- Staatsblad van Nederlandsch Indie, No. 472 Tahun 1911

Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 229 Tahun 1917.
 Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 540 Tahun 1928
 Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 582 Tahun 1936

C. Buku

- Anonemous, 1936. *Het Zendingziekenhuis Petronella*. Yogyakarta.
- Azrul Anwar. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bon-ne, C. 1936. "De Ontwikkeling der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indie de Periode 1911-1935" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijdschrift voor Neder-landcsh Indie*.
- Peter Boomgaard. 1993. "Upliftment down the drain? Effect of Welfare Measures in Late Colonial Indonesia", dalam Jan-Paul Dirkse, Frans Husken and Mario Rutten (ed.) *Development and Social Welfare: Indonesia's Experiences under the New Order*. Leiden: KITLV Press.
- _____. 2000. "Surviving the Slump: Development in Real Income during the Depression of the 1930s in Indonesia, Particularly Java" dalam Peter Boomgaard and Ian Brown (ed.) *Weathering the Storm: The Economies of Southeast Asia in 1930s Depression*. Singa-pore: Ins-titute of Southeast Asia Studies.
- Booth, Anne. 1998. *The Indonesian Economy in the Nineteenth and Twentieth Centuries: A History of Missed Opportunities*. London: Mac Millan Press Ltd.
- Breman, J.C. 1971. *Djawa: Pertumbuhan Penduduk dan Struktur Demografis*. Djakarta: Bhratara.
- Brown, Ian. 1997. *Economic Change in Southeast Asia, 1830-1980*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Burger, D.H. 1962. *Sejarah Ekonomis Sosiologis Indonesia I*. Jakarta: Pradnjaparamitha.
- Cas-tel-la-ni, Aldo and Chalmus, Albert J. 1913. *Manual of Tropical Medicine*. London: Baillere Tindal & Cox.
- Cribb, Robert. 1993. "Development Policy in the Early 20th Century" dalam Jan-Paul Dirkse, Frans Husken and Mario Rutten (ed.) *Development and Social Welfare: Indonesia's Experiences under the New Order*. Leiden: KITLV Press
- Dake, W.J.L. 1972. *Het Medis-che Werk van de Zending in Nederlands-Indie deel I*. Kampen: J.H. Kok.
- Day, Clive. 1972. *The Policy and Administration of the Dutch in Java*. New York: Macmillan Company.
- De Bruijn, C.J. 1927. *Indisch Bouwhygiene*. Weltevreden: Lands-ukkerij.
- Due, John F. 1970. *Government Finance: Economic of the public sector*. University of Illionis
- Furnivall, J. S. 1956. *Colonial Policy and Practice: A Comparative Study of Burma and Netherlands India*. New York: New York Uni-ver-sity Press.
- _____. 1944. *Netherlands India: A Study in Plural Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Groot, K.P. 1936. "De Medische Zending in Nederlandsche Indie" dalam *Feest-bundel Geneeskundige Tijdschrift voor Neder-landcsh Indie*.
- Houben, V.J.H. 1994. "Profit versus ethics: Government enter-prises in the late colonial state" dalam Robert Cribb (ed.), *The Late Colonial State in Indonesia: Po-*

- litical and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942*. Leiden: KITLV Press.
- Husken, Frans. 1994. "Declining welfare in Java: Government and Private Inquiries, 1903-1914" dalam Robert Cribb (ed.), *The Late Colonial State in Indonesia: Political and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942*. Leiden: KITLV Press.
- J.E. Siregar. 1978. "Riwayat Hidup Rumah Sakit Immanuel" dalam Satrio, et.al., *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid 3*. Jakarta: Depkes.
- Laksono Trisnantoro. 2004. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Levey, Paul N. 1973. *Health Care Administration a Managerial Perspective*. Phil: J.P. Lippineett Comp.
- M. Suparmoko. 1980. *Asas-asas Ilmu Keuangan Negara*. Yogyakarta: BPFE. *Onze Ziekenhuisbode*, 1928.
- Peeverelli, P. 1936. "De Ontplooiing vand den Burgelijken Ge-neeskundigen Dienst" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijds-chrift voor Ne-der-lansch-Indie*.
- _____. 1947. *De Zorg voor de Volks-gezondheid in Nederlandsch-Indie*. 'S-Gravenhage: W. Van Hoeve
- Prijono Tjiptoherijanto dan Budhi Soesetyo, 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prince, Gé. 1989. "Dutch Economic Policy in Indonesia, 1870-1942" dalam Angus Maddison & Gé Prince, *Economic Growth in Indonesia 1820-1940*. Leiden: Forish Publication.
- _____, 2000. "Kebijakan Ekonomi di Indonesia 1900-1942" dalam J. Thomas Lindblad (ed.), *Sejarah Ekonomi Modern Indo-nesia: Berbagai Tantangan Baru*. Jakarta: LP3ES.
- RS Bethesda. 1999. *Kilas Balik 100 tahun RS Bethesda*. Yogyakarta: RS Bethesda.
- Rullmann, J.A.C. 1970. *Zending Gereformeed di Jawa Tengah*. Salatiga: Gereja Kristen Djawa.
- Soegijanto Padmo. 2004. *Bunga Rampai Sejarah Sosial-Ekonomi Indonesia*. Yogyakarta: Aditya Media.
- Soekidjo Notoatmodjo, 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Solita Sarwono. 1997. *Sosiologi Kesehatan: beberapa konsep beserta aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sugiarti Siswadi. 1989. *Rumah Sakit Bethesda: dari masa ke masa*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Suhartono, 1994. *Sejarah Pergerakan Nasiona: dari Budi Utomo sampai Proklamasi 1908-1945*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia.
- Wolterbeek. 1995. *Babad Zending di Pulau Jawa*. Yogyakarta: Pustaka Kristen.

D. Majalah, Jurnal, Makalah dan Hasil Penelitian

- Benda, Harry J. "The Pattern of Administrative Reforms in the Closing of Dutch Rule in Indonesia" dalam *The Journal of Asian Studies*, Volume 25, No. 4, 1966.

- Boomgaard, Peter. "The Welfare Service in Indonesia, 1900-1942" dalam *Itinerario*, Vol X, 1986.
- _____, Peter. "The Development of Colonial Health Care in Java: An exploitative introduction" dalam *Bijdragen tot de Taal, Land en Volkenkunde*, 1993.
- Brotowasisto, "Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Masalah dan Prospeknya" dalam *Prisma*, No 6 Tahun XIX, 1990.
- Fas-se-ur, C. "Ethical Policy and Economic Development: Some Experiences of the Colonial Past" dalam *Lembaran Sejarah*. Volume 3, No.1. 2000.
- Furniss, N. "The Practical Significance of Decentralization" dalam *Journal of Politics*, 1974.
- Heijman, D. "De Medische Zending op Oost-Java" dalam *Majalah Onze Ziekenhuisbode*, 1928
- Jeffers, James R. "Pengaruh Faktor-faktor Penawaran, Permintaan dan Ekonomi Sosial terhadap Pembuatan Kebijakan Kesehatan" dalam *Prisma* No.6, Tahun XIX, 1990.
- Laksono Trisnantoro, "The Indonesian Health Service Policy and Management in 1900 - 1999", dalam *Conference on Modern Economic History of Indonesia*, Yogyakarta, 26-28 Juli 1999.
- Mahati Zebua, "Sejarah Manajemen RS Bethesda di Yogyakarta" *Seminar Hasil Penelitian Sejarah Rumah Sakit di Indonesia (1900-1999)*, Yogyakarta, 8 Desember 1999.
- Mubasyir Hasanbasri. "Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Miskin: Implikasi dari Kebijakan Regulasi" dalam *Prospektif* 1993.
- Noelandra. "Masalah Pemerataan Pelayanan Kesehatan" dalam *Medika* 19 (6), 1993