

**POLITIK ETIS DAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI JAWA PADA AWAL ABAD XX:
Studi Kebijakan Kesehatan Pemerintah Kolonial Hindia Belanda^{*)}**

Oleh:
Baha` Uddin^{)}**

I. Pengantar

Aspek kesehatan masyarakat baik dalam historiografi Indonesia umumnya ataupun dalam kajian sejarah sosial Indonesia khususnya, kurang mendapatkan porsi dan perhatian yang cukup dari sejarawan. Padahal, aspek ini merupakan salah satu aspek penting dalam menentukan jumlah penduduk Indonesia pada masa lampau. Tingginya angka mortalitas pada abad ke-19 dan awal abad ke-20 di Jawa misalnya, tidak dapat dijelaskan tanpa menghubungkan permasalahan tersebut dengan faktor kesehatan masyarakat. Perilaku dan kebiasaan masyarakat, kondisi perekonomian dan politik, pengaruh iklim dan lingkungan serta keterbatasan pelayanan kesehatan pada masa itu merupakan kombinasi faktor-faktor yang menyebabkan munculnya berbagai macam epidemi penyakit menular yang menelan banyak korban.

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

^{*)} Makalah ini dipresentasikan pada Konferensi Nasional Sejarah VIII, 14 – 17 November 2006 di Hotel Millenium Jakarta

^{**)} Staf Pengajar di Jurusan Ilmu Sejarah, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, E-mail: bahauddin@ugm.ac.id

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.

II. Politik Etis dan Kebijakan Kesehatan

Politik etis mulai diterapkan di Hindia Belanda pada tahun 1901. Menurut Boeke kebijakan ini merupakan murni kebijakan untuk mengembangkan ekonomi massa dikalangan penduduk Indonesia.¹ 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, sedangkan dalam bidang sosial bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial terutama pada penduduk di pedesaan.²

Namun tidak dapat dipungkiri bahwa politik etis lebih besar kaitannya dengan kebijakan ekonomi pemerintah kolonial Belanda. Oleh karena itulah diantara kalangan sejarawan terdapat perdebatan mengenai hubungan antara kewajiban

¹J.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*. Volume 3, No.1, 2000, hlm.209.

²J. S. Furnivall, *Colonial Policy and Practice: A Comparative Study of Burma and Netherlands India*, (New York: New York University Press, 1956), hlm. 227.

moral (*moral obligation*) dan kepentingan ekonomi (*economic interest*) dalam konsep yang terkandung dalam politik etis.

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 yang 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.³

Tidak jauh dari pandangan Boeke, V.J.H. Houben berpendapat bahwa penerapan politik etis merupakan sebuah era eksploitasi asing yang ditransformasikan pada sebuah periode kebijakan pembagian ekonomi yang lebih besar kepada penduduk pribumi.⁴ Politik etis yang dipahami dalam tulisan ini cenderung berpedoman pada pendapat Furnivall di atas 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.

³J.S. Furnivall, *Netherlands India: A Study in Plural Economy* (Cambridge: Cambridge University Press, 1944), hlm. 230

⁴V.J.H. Houben, "Profit versus Ethics: Government Enterprises 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.

Dampak politik etis terhadap bidang ekonomi telah banyak dilakukan oleh sejarawan baik dalam maupun luar negeri, namun dalam bidang kesehatan masyarakat belum banyak sejarawan yang mengkajinya. 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.⁵

Senada dengan pendapat Boomgaard dan Furnivall di atas, Robert Cribb juga menyatakan bahwa salah satu upaya dalam rangka menyalurkan bantuan sejumlah f 30 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.⁶ Oleh

⁵J.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 (ed.), *The Late Colonial State in Indonesia: Political and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942* (Leiden: KITLV Press, 1994), hlm. 213-226.

⁶Angka kematian bayi luar biasa yang pernah terjadi di Jawa adalah 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, Over't Vraagstuk van "het women" in Kromo's groote land*. Jilid III (Groningen, 1921), hlm. 336.

karena itulah Cribb menganggap bahwa masalah kesehatan penduduk sebagai bagian penting dalam upaya untuk menyejahterakan penduduk secara keseluruhan.⁷

Untuk menindaklanjuti hal itu pemerintah Hindia Belanda kemudian melakukan beberapa perubahan pada kebijakannya dalam bidang kesehatan. Pada awal dekade abad ke-20, pemerintah Hindia Belanda melakukan reorganisasi struktur lembaga kesehatan di Hindia Belanda. Bahkan lebih dari itu dalam konteks ini dipertegas lagi dengan melakukan pemisahan antara institusi kesehatan yang mengurus kesehatan kalangan militer dengan masyarakat umum. Kebijakan ini sangat penting untuk dilakukan karena metode dan tujuan dari kebijakan kesehatan sangat berbeda.

Kebijakan kesehatan yang juga berhubungan dengan peningkatan kesejahteraan penduduk adalah dengan menambah personel kesehatan baik yang terlibat dalam upaya preventif maupun dalam tindakan kuratif. Menurut Boomgaard, paling tidak terdapat dua kebijakan kesejahteraan yang mempunyai dampak besar bagi tingkat kualitas kesehatan penduduk Jawa pada masa itu. *Pertama*, menjelang tahun 1930-an, kebijakan peningkatan kesejahteraan telah didesain dengan pendekatan yang sinergis untuk sejumlah permasalahan sekaligus. Maksudnya satu kebijakan mempunyai beberapa sasaran kesejahteraan sekaligus, misalnya mengenai proyek pembangunan irigasi yang mempunyai dampak positif baik bagi sektor pertanian maupun dalam sektor kesehatan masyarakat. Hal tersebut bisa terjadi karena dengan pembangunan saluran irigasi yang baik di satu sisi akan meningkatkan produksi pertanian sementara pada satu sisi lainnya dapat mengendalikan pengembangbiakan larva nyamuk yang menyebabkan penyakit malaria.

⁷ 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. 232.

Kedua, bahwa solusi kekurangan dana telah dapat diselesaikan dengan penggunaan teknologi modern pada awal abad ke-20. Beberapa percobaan yang dilakukan pada masa itu dengan obat-obatan yang digunakan untuk tanaman dan hama sawah (tikus) secara tidak langsung telah membantu menjaga kesehatan manusia. Sesudah perang dunia I, DDT sering digunakan dalam keperluan di atas.⁸

Tindakan lain yang tidak pernah dilakukan oleh pemerintah Hindia Belanda sebelum awal abad ke-20 adalah kebijakan mengenai propaganda kesehatan terhadap masyarakat secara langsung. Masyarakat Jawa pada masa ini untuk pertama kalinya secara massal mulai diperkenalkan mengenai permasalahan-permasalahan kesehatan, baik berupa bagaimana cara hidup sehat maupun mengenai penanggulangan beberapa penyakit.⁹

Kebijakan yang mempunyai dampak yang sangat besar bagi perluasan pelayanan kesehatan adalah pemberian subsidi kesehatan kepada rumah sakit-rumah sakit yang ada di Hindia Belanda. Tujuan kebijakan ini agar pelayanan kesehatan tidak hanya dinikmati oleh golongan tertentu, seperti yang terjadi pada masa-masa sebelumnya, namun juga bisa dinikmati oleh semua lapisan masyarakat yang membutuhkan pelayanan ini.

III. Subsidi Kesehatan dan Upaya Perluasan Pelayanan Kesehatan

⁸Peter Boomgaard, "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, 1993), hlm. 253.

⁹Mengenai propaganda kesehatan di pedesaan Jawa pada awal abad ke-20 lihat selengkapnya J.L. Hydrick, *Intensive Rural Hygiene Work and Public Health Education of the Public Health Service of Netherlands India* (Batavia-Centrum: DVG, 1937).

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

Pada *Staatsblad van Nederlandsch-Indie* (SBNI) No. 276 Tahun 1906 dijelaskan bahwa rumah sakit swasta yang berhak menerima subsidi kesehatan adalah rumah sakit swasta pribumi (*het particuliere inlandsche ziekenhuizen*) dan rumah sakit swasta pembantu (*inlandsche hulpziekenhuizen*).¹⁰ Selain rumah sakit-rumah sakit itu, 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.¹¹ Tujuan dari kebijakan ini adalah untuk memperkuat sumber finansial sampai rumah sakit-rumah sakit itu bisa mendapatkan dana operasionalnya secara mandiri. Klasifikasi rumah sakit yang terdapat pada undang-undang tersebut didasarkan atas jumlah pasien yang dirawat per hari oleh rumah sakit yang bersangkutan.

Terdapat tiga jenis subsidi kesehatan yang dapat diberikan kepada rumah sakit swasta, yaitu:

¹⁰*Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 276 Tahun 1906

¹¹"Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1911-1918, dalam *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie*, 1919, hlm. 59.

1. Subsidi yang diberikan pada tahap permulaan (*subsidien in eens*);
2. Subsidi yang diberikan pada setiap tahun (*jaarlijksche subsidien*);
3. Subsidi yang tidak ditentukan waktu pemberiannya (*subsidie, welke niet aan bepaalde tijdvakken zijn gebonden*)

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

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. Subsidi kesehatan tidak hanya diberikan kepada rumah sakit secara langsung namun juga diberikan kepada beberapa organisasi kesehatan atau yayasan yang mengelola rumah sakit. Pada tahun 1907 beberapa organisasi yang menerima subsidi antara lain *Vereeniging voor zieken verpleging in Nederlandsch-Indie* (VZNI) yang berada di Solo dan *Vereeniging Ziekeninrichting Semampir* (VZS) yang berkantor di Kediri.¹²

Subsidi juga diberikan kepada beberapa rumah sakit khusus seperti *Koningen Wilhelmina-gasthuis voor ooglijder* di Bandung. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus penderita penyakit mata yang menerima subsidi sebanyak f 1170/bulan untuk biaya operasional. Sementara untuk biaya pengobatan pasien dibedakan antara subsidi untuk pasien Eropa dan pribumi. Untuk pasien Eropa yang berobat di

¹²*Koloniaal Verslag Tahun 1908.*

rumah sakit ini mendapatkan subsidi sebesar f 1/hari sedangkan untuk pasien pribumi f 0,25/hari.¹³

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.

Pengelolaan atau manajemen rumah sakit yang memperoleh subsidi kesehatan 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.

Menjelang tahun 1920-an banyak perusahaan perkebunan di Jawa mendirikan rumah sakit yang ditujukan untuk perawatan para kuli dan buruh yang bekerja di perkebunannya. 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.¹⁴

¹³*Ibid.*

¹⁴ "Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, dalam *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie*, 1920. hlm. 388.

Terdapat tiga poin dalam kerjasama antara pemerintah Hindia Belanda, dalam hal ini Dinas Kesehatan Sipil, dan perusahaan perkebunan di Jawa mengenai pengelolaan rumah sakit, yaitu:

1. Jika tempat perusahaan perkebunan tersebut satu wilayah dengan sebuah rumah sakit milik pemerintah maka perusahaan tersebut harus ikut bertanggung jawab terhadap sejumlah perawatan yang dihitung per tempat tidur. Hal ini berhubungan dengan prinsip yang dikembangkan pemerintah Hindia Belanda yang sudah mulai mengurangi sedikit mungkin keterlibatannya dalam bidang ini. Sehingga pembiayaan perawatan orang sakit, manajemen dan penggunaan rumah sakit serta inventaris yang ada didalamnya harus diserahkan kepada perusahaan perkebunan tersebut sebagai ganti pembayaran suatu pajak tertentu. Pemerintah disatu sisi, melakukan pembayaran bagian-bagian pembiayaan yang oleh rumah sakit dirasakan sebagai kendala dalam mengelolanya. Bagian pembiayaan yang ditanggung oleh pemerintah dalam hal ini adalah pembiayaan mengenai pemeliharaan dan penerangan rumah sakit, persediaan air bersih, gaji karyawan dan staf, makanan, dan obat-obatan yang harusnya dibebankan kepada pasien yang menggunakan jasa rumah sakit tersebut.
2. Sebaliknya misalnya dari poin yang tersebut di atas, bahwa sejumlah tempat tidur yang harusnya menjadi tanggung jawab perusahaan perkebunan namun jika mereka belum mampu dalam pembagian pembiayaan dengan pemerintah maka pembayaran yang harus ditanggung oleh perusahaan perkebunan pada bagian yang tersebut dalam poin pertama atau pembiayaan lainnya yang menjadi beban rumah sakit.

3. Pemerintah dan perusahaan perkebunan membangun sebuah rumah sakit yang ditanggung bersama, masing-masing mempunyai kontribusi yang proposional dalam pengembangan ke depan rumah sakit tersebut dan pembiayaannya.¹⁵

Hasil dari 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 dibangun sebuah rumah bersalin dan perawatan anak "Pamitran". Pada tahun yang sama tanggal 3 Juli didirikan rumah sakit zending "Immanuel".¹⁶

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 Surakarta 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.¹⁷

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

¹⁵*Ibid.*, hlm.389

¹⁶*Ibid.*

¹⁷*Ibid.*

rumah sakit pembantu di dekat 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 buruh perusahaan itu sendiri maupun dari masyarakat umum.¹⁸

De Vorstenlanden, sebuah pabrik gula di Barongan, bekerja sama dengan perusahaan perkebunan *Klatenske Cultuur Maatschappij*, pabrik gula di Pundung, dan *Int. Crediet en Handelsvereniging 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 di dekat pabrik gula Sewu Galur, Kulon Progo. Sementara itu *Int. Crediet en Handelsvereniging Rotterdam* pada tahun 1922 mendirikan sebuah rumah sakit pembantu di Tanjungtirto.¹⁹

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 telah mendirikan rumah sakit pembantu di Wonosari. Rumah sakit pembantu ini beserta beberapa polikliniknya ramai dikunjungi pasien terutama penderita penyakit *pathek* (frambusia). Setiap minggunya sekitar 300-400 penderita penyakit *pathek* berobat di rumah sakit pembantu Wonosari ini. Pemerintah Kasultanan pada tahun 1925 juga mendirikan sebuah rumah sakit pembantu yang terletak di Doangan. Separuh biaya

¹⁸Anonemous, *Het Zendingziekenhuis Petronella*, 1936.hlm. 15.

¹⁹Sugiarti Siswadi, *Rumah Sakit Bethesda: dari masa ke masa* (Yogyakarta: Andi Offset, 1989), hlm. 78.

pengelolaan rumah sakit ini ditanggung oleh pemerintah Kasultanan Yogyakarta sedangkan separuhnya lagi di tanggung oleh pabrik gula Rewulu dan Demak Ijo.²⁰

Kontribusi pihak swasta, pemerintah daerah, maupun juga para donatur sangat penting dalam upaya pembiayaan rumah sakit, baik pembiayaan untuk mendirikan maupun pembiayaan dalam pengelolaannya. 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.²¹

Maraknya perkembangan rumah sakit pada tahun 1920-an ini tidak bisa dipisahkan dari adanya kebijakan subsidi kesehatan dari pemerintah Hindia Belanda. Namun sebenarnya, selain banyaknya didirikan rumah sakit baru, pada periode ini juga sudah banyak rumah sakit yang ditutup atau dialihkan karena minimnya jumlah kunjungan pasien per hari seperti disyaratkan oleh Dinas Kesehatan Sipil. Misalnya rumah sakit milik pemerintah di Kutoarjo, Karesidenan Kedu, yang ditutup pada tahun 1921. Pada tahun yang sama rumah sakit pemerintah di Garut juga ditutup.²² Penutupan juga menimpa beberapa rumah sakit pemerintah seperti rumah sakit di Tasikmalaya, rumah sakit di Jatiraga, Karesidenan Rembang, dan rumah sakit di

²⁰*Ibid.* hlm. 80.

²¹Lihat "Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie.*, 1921 dan 1924. hlm. 356.

²²*Kolonial Verslag Tahun 1923*, Lihat juga Besluit Gubernur Jenderal tanggal 21 April 1921 dan 20 September 1921 No.74 dalam Arsip *Hospitelen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

Cilentah, Bandung yang semuanya ditutup pada tahun 1923.²³ Pada tahun 1924 sejumlah rumah sakit pemerintah di Jawa Tengah juga ditutup antara lain rumah sakit di Gombong, Magelang, Purwokerto, Blora dan Salatiga.²⁴ Sementara pada tahun 1925 terdapat 3 rumah sakit milik pemerintah yang ditutup masing-masing adalah rumah sakit di Purwakarta, Pasuruan, dan di Banyumas.²⁵

Perubahan peraturan mengenai subsidi kesehatan terjadi lagi pada tahun 1928. Perubahan yang termuat dalam *Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 540 Tahun 1928 ini mempunyai arti sangat penting karena tidak hanya bertujuan untuk perluasan pelayanan kesehatan namun juga pemerataan pelayanan kesehatan untuk masyarakat di Hindia Belanda. Dalam peraturan 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 peraturan yang lama menggunakan dasar pasien yang dirawat per hari namun dalam peraturan yang baru ini didasarkan atas jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh sebuah rumah sakit.²⁶

Pemberian subsidi tidak lagi terpaku dengan dasar alokasi seperti yang dimuat pada SBNI No. 276 Tahun 1906. Dalam peraturan yang baru ini yang disubsidi adalah tempat tidur yang ada dirumah sakit, sehingga setiap pasien yang menempati tempat tidur di rumah sakit berarti biaya perawatannya secara tidak langsung

²³*Kolonial Verslag Tahun 1924*; Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 Agustus 1923 No.53. 16 April 1923 No. 21 dalam *Arsip Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

²⁴*Kolonial Verslag Tahun 1927*

²⁵Besluit Gubernur Jenderal tanggal 17 Juni 1925 No.11, 13 November 1925 No.22, dan 25 November 1925 No.4, dalam *Arsip Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

²⁶*Staatsblad van Nederlandsch-Indie* No. 540 Tahun 1928

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 namun subsidi untuk perawatan pasien miskin lebih diprioritaskan.

Perubahan paradigma kebijakan kesehatan pemerintah kolonial ini berhubungan erat dengan perubahan institusi yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat. 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 namun ternyata juga berdampak terhadap paradigma dan pendekatan yang digunakan dalam menangani permasalahan kesehatan terutama penduduk bumiputera di Hindia Belanda.

Konsep pemerataan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam hal ini adalah bahwa peraturan yang baru ini dengan jelas mencantumkan subsidi yang diberikan kepada rumah sakit ditujukan untuk golongan masyarakat miskin yang selama ini tidak mendapatkan 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 dari golongan ini tidak diharuskan membayar perawatan di rumah sakit ataupun jika harus membayar maka dengan tarif yang rendah.²⁷

²⁷Sugiarti Siswadi, *op.cit.*, hlm. 86.

IV. Subsidi Kesehatan: siapa yang diuntungkan?

Jika dibandingkan dengan akhir abad ke-19 anggaran bidang kesehatan pemerintah Hindia Belanda pada awal abad ke-20 mengalami kenaikan. Pada tahun 1871 anggaran negara untuk bidang kesehatan adalah 0,8% dari GDP, kemudian tahun 1895 meningkat menjadi 1,6%, lalu meningkat lagi menjadi 1,7% pada tahun 1905, 1,9% pada tahun 1913 dan akhirnya mengalami penurunan kembali menjadi 1,7% pada tahun 1921.²⁸ Namun walaupun terjadi peningkatan anggaran untuk bidang kesehatan pada masa kolonial tidak pernah mencapai 2% dari GDP. Jika dibandingkan dengan anggaran untuk pendidikan, bidang kesehatan jauh tertinggal karena anggaran untuk pendidikan pernah mencapai 4% lebih pada tahun 1905. Apalagi jika dibandingkan dengan anggaran untuk militer atau untuk keperluan perang yang selalu mencapai 2 digit. Selain untuk penanganan kasus-kasus epidemi penyakit yang melanda masyarakat secara luas, sebagian besar dari anggaran negara dibidang kesehatan pada awal abad ke-20 itu adalah untuk pemberian subsidi.

Namun beberapa permasalahan muncul seiring dengan diterapkannya kebijakan tersebut misalnya sejauhmana kebijakan tersebut berpengaruh terhadap pemerataan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat? Atau dengan perkataan

²⁸Anne Booth, *The Indonesian Economy in the Nineteenth and Twentieth Centuries: A History of Missed Opportunities* (London: Mac Millan Press Ltd., 1998), hlm. 142. Angka yang berbeda ditunjukkan oleh Susan Abeyasekere. Menurutnya anggaran untuk pelayanan kesehatan di Hindia Belanda dari periode tahun 1912 sampai 1940 mencapai 2,5% sampai 5% dari total GDP. Lihat Susan Abeyasekere, "Health as a Nationalist Issue in Colonial Indonesia" dalam David P. Chandler and M.C. Ricklefs, *Nineteenth and Twentieth Century Indonesia*. (Victoria: Southeast Asian Studies, Monash University, 1986), hlm. 5.

lain kelas sosial mana yang sebenarnya diuntungkan dengan adanya kebijakan subsidi kesehatan ini?

Kebijakan subsidi yang dilakukan pemerintah kolonial Hindia Belanda sebelum tahun 1928 adalah menggunakan standar *pemerataan horisontal*. Dalam kebijakan ini yang memperoleh manfaat atau yang bisa menggunakan pelayanan kesehatan adalah mereka sendiri. Dengan kata lain kelas sosial yang mampu membayar saja yang dapat menikmati pelayanan kesehatan secara baik. Standar ini cenderung mengabaikan mereka yang kurang mampu untuk membayar yang sebenarnya adalah golongan yang paling mungkin untuk sakit yaitu mereka yang berpendapatan rendah atau masyarakat miskin. Ketidakmampuan mereka membayar ongkos untuk mendapatkan kesehatan tidak saja mencerminkan adanya keperluan untuk melakukan alokasi pendapatan namun hal ini juga melatarbelakangi mereka untuk sakit atau paling mungkin sakit. Oleh karena itu, perubahan kebijakan subsidi pemerintah kolonial yang dilakukan pada tahun 1928 sedikit mencerminkan hal ini walaupun terkesan sangat terlambat. Dalam standar yang kedua adalah mendistribusikan beban pembayaran atas pelayanan kesehatan yang mencerminkan ketidakmampuan dalam membayar atau dikenal dengan *pemerataan vertikal*.²⁹

Namun sebenarnya alasan dari perubahan arah kebijakan subsidi kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah kolonial pada saat itu belum begitu jelas. Alasan yang paling mungkin adalah disebabkan semakin berkurangnya anggaran negara untuk bidang kesehatan seiring dengan mulai berkurangnya pendapatan negara. Sehingga pemerintah kolonial mulai membatasi subsidi yang digunakan untuk

²⁹Prijono Tjiptoherijanto dan Budhi Soesetyo, *Ekonomi Kesehatan* (Jakarta: Rineka Cipta, 1994), hlm. 103.

pembangunan dan pengadaan sarana dan prasarana yang membutuhkan dana lebih besar jika dibandingkan dengan dana yang digunakan untuk melakukan subsidi masing-masing bed di rumah sakit untuk masyarakat miskin.

Perubahan tersebut juga kecil kemungkinannya jika disebabkan karena adanya desakan dari anggota *volksraad*. Susan Abeyasekere dengan jelas menggambarkan bahwa para dokter yang menjadi anggota *volksraad* seperti Muhamad Husni Thamrin dan HOS Tjokroaminoto justru lebih banyak menuntut peningkatan gaji dokter dari pada mengusulkan untuk menaikkan anggaran negara dibidang kesehatan atau perbaikan mutu pelayanan kesehatan untuk masyarakat luas.³⁰

Sedikit 'angin' yang dihembuskan oleh pemerintah kolonial terhadap pelayanan kesehatan dalam bentuk kebijakan subsidi kesehatan harus dipotong seiring dengan terjadinya depresi ekonomi dunia pada tahun 1930-an. Masa depresi ekonomi ini memaksa pemerintah Hindia Belanda untuk melakukan perubahan radikal terhadap kebijakan-kebijakannya yang mempunyai konsekuensi terhadap pengeluaran uang negara. Selain penghematan pengeluaran negara, Menteri Urusan Tanah Jajahan, Colijn, juga menerapkan kebijakan pemotongan anggaran yang lebih ketat. Beberapa kebijakan juga diterapkan seperti tindakan proteksi produk Indonesia yang dijual di pasar-pasar luar negeri.

Sehubungan dengan kebijakan pemotongan pengeluaran negara tersebut, alokasi sektor kesehatan juga mengalami penurunan dan tentu saja hal ini berdampak terhadap semakin berkurangnya subsidi kesehatan. Jika pada masa sebelum depresi subsidi kesehatan diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit

³⁰Susan Abeyasekere, *op.cit.*, hlm.7.

sekitar 75% dari biaya pengelolaan maka setelah depresi subsidi kesehatan yang diterima oleh sebuah rumah sakit sekitar 40% - 50% dari biaya pengelolaannya.

Pada tahun 1936 anggaran negara untuk sektor kesehatan adalah sekitar 9,6 juta gulden. Jika dibandingkan dengan anggaran pengeluaran negara pada tahun itu yang berjumlah sekitar 513 juta gulden maka persentase sektor kesehatan dalam anggaran pengeluaran negara hanya 2,75%. Hal ini berarti juga terjadi penurunan pembiayaan perawatan kesehatan untuk rakyat. Pada tahun 1931 anggaran untuk perawatan setiap orang berjumlah 40 sen/orang/tahun maka dengan jumlah tersebut di atas pada tahun 1936 anggaran negara untuk perawatan hanya berjumlah 22 sen/orang/tahun.³¹

Seiring dengan terjadinya depresi ekonomi maka perusahaan swasta juga tidak sanggup lagi untuk mengelola rumah sakit atau memberikan dana untuk pelayanan kesehatan kepada rumah sakit di wilayah operasinya. Terdapat dua kemungkinan nasib rumah sakit milik perusahaan pada masa depresi ini. *Pertama* perusahaan menutupnya karena tidak sanggup lagi untuk mendanai pengelolaannya. Kemungkinan pertama ini terjadi di hampir sebagian besar rumah sakit perusahaan di Jawa. Sementara kemungkinan *kedua* adalah pihak perusahaan menyerahkan pengelolaan rumah sakit tersebut kepada rumah sakit yang lebih besar yang berada tidak jauh dari lokasi tersebut. Biasanya rumah sakit ini kemudian dijadikan rumah sakit pembantu oleh rumah sakit bersangkutan. Desakan keadaan perekonomian negara ini kemudian akhirnya memaksa pemerintah Hindia Belanda membuat kebijakan baru dalam bidang kesehatan yaitu desentralisasi kesehatan.

³¹P. Peverelli, *De Zorg voor de Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie* ('S-Gravenhage: W. Van Hoeve, 1947), hlm. 100-101.

Jika dianalisa lebih mendalam sebenarnya pelayanan kesehatan masyarakat di Hindia Belanda tidak bisa dilepaskan dari politik kolonial yang sedang berjalan pada saat itu. Sementara itu politik kolonial yang diterapkan di Hindia Belanda tidak bisa dilepaskan dari apa yang sedang terjadi pada parlemen dan pemerintahan di negeri Belanda.³²

Pada awal abad ke-20 ini, terdapat beberapa ideologi yang mempengaruhi politik kolonial Belanda. Menurut Sartono Kartodirdjo, di samping melaksanakan hukum dan ketertiban, kekuasaan kolonial juga wajib meningkatkan kemakmuran dan kemajuan rakyat.³³ Orientasi ini terkenal dengan bermacam-macam nama seperti politik etis, politik kemakmuran, atau politik asosiasi. Namun yang jelas motif ekonomi dibalik politik kolonial Belanda tetap lebih kuat dibandingkan dengan ideologi-ideologi yang melatarbelakanginya.

Oleh karena itu walaupun pertimbangan-pertimbangan yang berdasarkan kewajiban moral atau martabat nasional turut memainkan peran, tetapi pada umumnya kepentingan ekonomilah yang menguasainya. Selain itu prinsip diskriminasi ras tetap dipertahankan oleh mereka dengan segala daya upaya sebab jika tidak seluruh struktur kolonial akan menjadi berantakan.

Kebijakan kesehatan yang diterapkan pada awal abad ke-20 di Jawa, baik subsidi maupun desentralisasi kesehatan, tidak terlepas dari permasalahan di atas. Jika diamati secara mendalam paling tidak ada dua pihak yang sangat diuntungkan dengan kebijakan-kebijakan kesehatan ini. Pihak – pihak tersebut adalah golongan

³²Lebih lanjut lihat Martin Kuitenbrouwer, *The Netherlands and The Rise of Modern Imperialism: Colonies and Foreign Policy 1870 – 1902* (Oxford: Berg Publishers Limited, 1991).

³³Sartono Kartodirdjo, *Pengantar Sejarah Indonesia Baru: Sejarah Pergerakan Nasional* (Jakarta: Gramedia, 1990), hlm. 38.

kapitalis swasta dan golongan zending. Dua pihak inilah, diakui atau tidak, yang sangat menikmati kebijakan subsidi kesehatan.

Kaum kapitalis yang pada awal abad ke-20 semakin menguasai perekonomian di Hindia Belanda dengan memperluas usaha dibidang perkebunan dan pertambangan tentu saja menginginkan jaminan keamanan modal mereka. Oleh karena itulah dengan kedok ideologi humaniterisme, perusahaan-perusahaan perkebunan dan pertambangan ini membuka rumah sakit di lingkungan areal usahanya. Untuk bisa menjalankan roda usahanya, perusahaan ini sangat bergantung pada kesehatan para buruhnya dan dengan subsidi pemerintah kolonial yang begitu besar kepada rumah sakit perusahaan maka kesehatan buruh-buruhnya terpelihara kesehatannya dengan baik. Jadi, desakan kaum etis pada awal abad ke-20 yang kemudian diikuti dengan penerapan politik etis dan salah satu hasilnya adalah pemberian subsidi kesehatan kepada rumah sakit, sebenarnya tidak lain merupakan kepentingan golongan ini untuk mengamankan modal mereka.

Kepentingan ini lebih terlihat nyata ketika Hindia Belanda diterpa krisis ekonomi tahun 1930an. Pada masa itu perusahaan-perusahaan swasta banyak yang merugi bahkan gulung tikar. Oleh karena itulah kemudian mereka tidak mampu lagi mengelola rumah sakit. Dengan kondisi keuangan negara yang defisit pada saat itu, pemerintah Hindia Belanda dengan jargon desentralisasi kemudian mengalihkan pengelolaan rumah sakit-rumah sakit milik perusahaan perkebunan ini kepada pemerintah daerah.

Sementara itu subsidi kesehatan kepada rumah sakit-rumah sakit milik zending secara tidak langsung mencerminkan dukungan pemerintah Hindia Belanda terhadap usaha kristenisasi. Rumah-rumah sakit milik zending baik di Jawa maupun

di daerah mempunyai andil yang besar dalam penyebaran agama Kristen. Sehingga tidak mengherankan jika pada periode tahun 1920-an sampai akhir pemerintahan Hindia Belanda jumlah jemaah Kristen naik dua kali lipat.³⁴

Hal lain yang sangat menarik dalam hubungannya dengan golongan masyarakat mana, selain orang Barat, yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit. Apalagi ketika terjadi krisis dan pelayanan kesehatan rumah sakit sudah berorientasi pada profit dengan pembuatan kelas-kelas, pelayanan kelas I tetap terisi, tidak hanya oleh orang Eropa namun juga oleh masyarakat pribumi. Jika dihubungkan dengan pendapat Van Niel, kelompok masyarakat inilah yang dikenal sebagai elit atau *priyayi*. Jadi, dari kalangan pribumi yang banyak dan mampu mendapatkan pelayanan kesehatan terdiri dari pada administratur, pegawai pemerintah dan orang-orang yang berpendidikan terutama yang tinggal di wilayah perkotaan.³⁵

V. Penutup

Apa yang terjadi pada sektor kesehatan di Hindia Belanda pada awal abad ke-20 sampai tahun 1930-an ini menunjukkan bahwa faktor dana atau anggaran pemerintah menempati posisi yang sangat penting. Hal itu paling tidak dapat dilihat pada 2 fenomena, *pertama* kebijakan subsidi kesehatan sendiri sangat tergantung dari alokasi anggaran negara yang ditujukan untuk sektor kesehatan, *kedua* ketika Hindia Belanda dihantam depresi ekonomi pada tahun 1930-an yang berdampak

³⁴Soegijanto Padmo, *Bunga Rampai Sejarah Sosial-Ekonomi Indonesia* (Yogyakarta: Aditya Media, 2004), hlm. 15 – 32.

³⁵Robert Van Niel, *Munculnya Elit Modern Indonesia* (Jakarta: Pustaka Jaya, 1984), hlm. 30.

pada mimimnya keuangan pada kas negara, maka kebijakan subsidi, yang memerlukan banyak dana, tidak dapat dilanjutkan kembali.

Oleh karena itulah pemerintah Hindia Belanda kemudian melakukan perubahan kebijakan dalam bidang kesehatan pada tahun 1930-an ini sebagai respon dari perubahan ekonomi negara. Pada masa ini kebijakan yang diterapkan adalah desentralisasi kesehatan. Selain disebabkan oleh perubahan ekonomi itu, sebenarnya penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan ini lebih menunjukkan ketidakmampuan pemerintah Hindia Belanda dalam menyediakan dana yang cukup untuk sektor kesehatan dari pada niatan untuk membagi kekuasaan politik kepada pemerintah daerah. Oleh karena itu kebijakan desentralisasi kesehatan ini mempunyai konsekuensi terutama dalam aspek ekonomi dan politik. Pada kedua aspek itu, kewajiban dan tanggung jawab pemerintah pusat untuk menyediakan dana kesehatan dan wewenang melakukan pengawasan serta pelayanan terhadap kesehatan rakyat dialihkan kepada pemerintah daerah dalam bentuk pembentukan dinas-dinas kesehatan pada tingkat propinsi, kabupaten, dan kotapraja.

Selain itu, penghapusan atau pengurangan subsidi kesehatan pada tahun 1930-an ini telah memaksa rumah sakit swasta-keagamaan untuk melakukan perubahan orientasi manajemennya. Jika pada masa sebelumnya rumah sakit swasta-keagamaan menerapkan manajemen *non profit oreinted* maka setelah dilakukan pengurangan subsidi oleh pemerintah mereka kemudian menerapkan manajemen *for profit oriented* untuk tetap dapat bertahan hidup.

Pengalaman historis mengenai pelayanan kesehatan masyarakat diatas menggambarkan secara jelas bagaimana sebenarnya pemerintah sangat tergantung dengan modal. Di lain pihak keberpihakan terhadap kelompok masyarakat yang tidak

mampu selalu terlambat dan menggunakan pendekatan manajemen yang tidak tepat. Kebijakan pemerintah itu dan paradigma manajemen lembaga kesehatan (rumah sakit) yang *for profit oriented* telah mengakibatkan semakin terpinggirnnya kelompok masyarakat ini dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

I. Arsip dan Sumber Resmi Tercetak

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 17 Juni 1925 No.11, 13 November 1925 No.22, dan 25 November 1925 No.4, dalam Arsip *Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 21 April 1921 dan 20 September 1921 No.74 dalam Arsip *Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

Besluit Gubernur Jenderal tanggal 6 Agustus 1923 No.53. 16 April 1923 No. 21 dalam Arsip *Hospitalen en Aphoteken, Algemeene Secretarie*, Koleksi ANRI Jakarta

Koloniaal Verslag Tahun 1908, 1923, 1924, dan 1927

Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 276 Tahun 1906, No. 472 Tahun 1911 dan No. 540 Tahun 1928

“Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, 1911-1918, dalam *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie*, 1919.

“Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst, dalam *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie*, 1920.

“Verslag voor Burgelijke Geneeskundige Dienst,. *Mededelingen Burgelijke Geneeskundige Dienst in Nederlandsch-Indie.*, 1921 dan 1924.

II. Buku dan Artikel

Abeyasekere, Susan. "Health as a Nationalist Issue in Colonial Indonesia" dalam David P. Chandler and M.C. Ricklefs, *Nineteenth and Twentieth Century Indonesia*. Victoria: Southeast Asian Studies, Monash University, 1986.

Anonemous, *Het Zendingziekenhuis Petronella*, 1936.

Boomgaard, Peter. "The Welfare Service in Indonesia, 1900-1942" dalam *Itinerario*, Vol X, 1986.

_____. "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, 1993.

Booth, Anne. *The Indonesian Economy in the Nineteenth and Twentieth Centuries: A History of Missed Opportunities*. London: Mac Millan Press Ltd., 1998.

Cribb, Robert. "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.

Fasseur, C. "Ethical Policy and Economic Development: Some Experiences of the Colonial Past" dalam *Lembaran Sejarah*. Volume 3, No.1, 2000.

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

_____. *Netherlands India: A Study in Plural Economy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1944.

Houben, V.J.H. "Profit versus Ethics: Government Enterprises 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.

Husken, Frans "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, 1994.

Hydrick, J.L. *Intensive Rural Hygiene Work and Public Health Education of the Public Health Service of Netherlands India*. Batavia-Centrum: DVG, 1937.

Kuitenbrouwer, Martin. *The Netherlands and The Rise of Modern Imperialism: Colonies and Foreign Policy 1870 – 1902*. Oxford: Berg Publishers Limited, 1991.

Peverelli, P. *De Zorg voor de Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*. 'S-Gravenhage: W. Van Hoeve, 1947.

Prijono Tjiptoherijanto dan Budhi Soesetyo, *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 1994.

Sartono Kartodirdjo, *Pengantar Sejarah Indonesia Baru: Sejarah Pergerakan Nasional*. Jakarta: Gramedia, 1990.

Soegijanto Padmo, *Bunga Rampai Sejarah Sosial-Ekonomi Indonesia*. Yogyakarta: Aditya Media, 2004.

Sugiarti Siswadi, *Rumah Sakit Bethesda: dari masa ke masa*. Yogyakarta: Andi Offset, 1989.

Tillema, H. F. *Kromo Blanda, Over't Vraagstuk van "het women" in Kromo's groote land*. Jilid III. Groningen, 1921.

Van Niel, Robert. *Munculnya Elit Modern Indonesia*. Jakarta: Pustaka Jaya, 1984.