

21.

# PARTISIPASI MASYARAKAT DAN KEBIJAKAN PUBLIK

*By* Ertien Rining Nawangsari

SERI ADMINISTRASI NEGARA

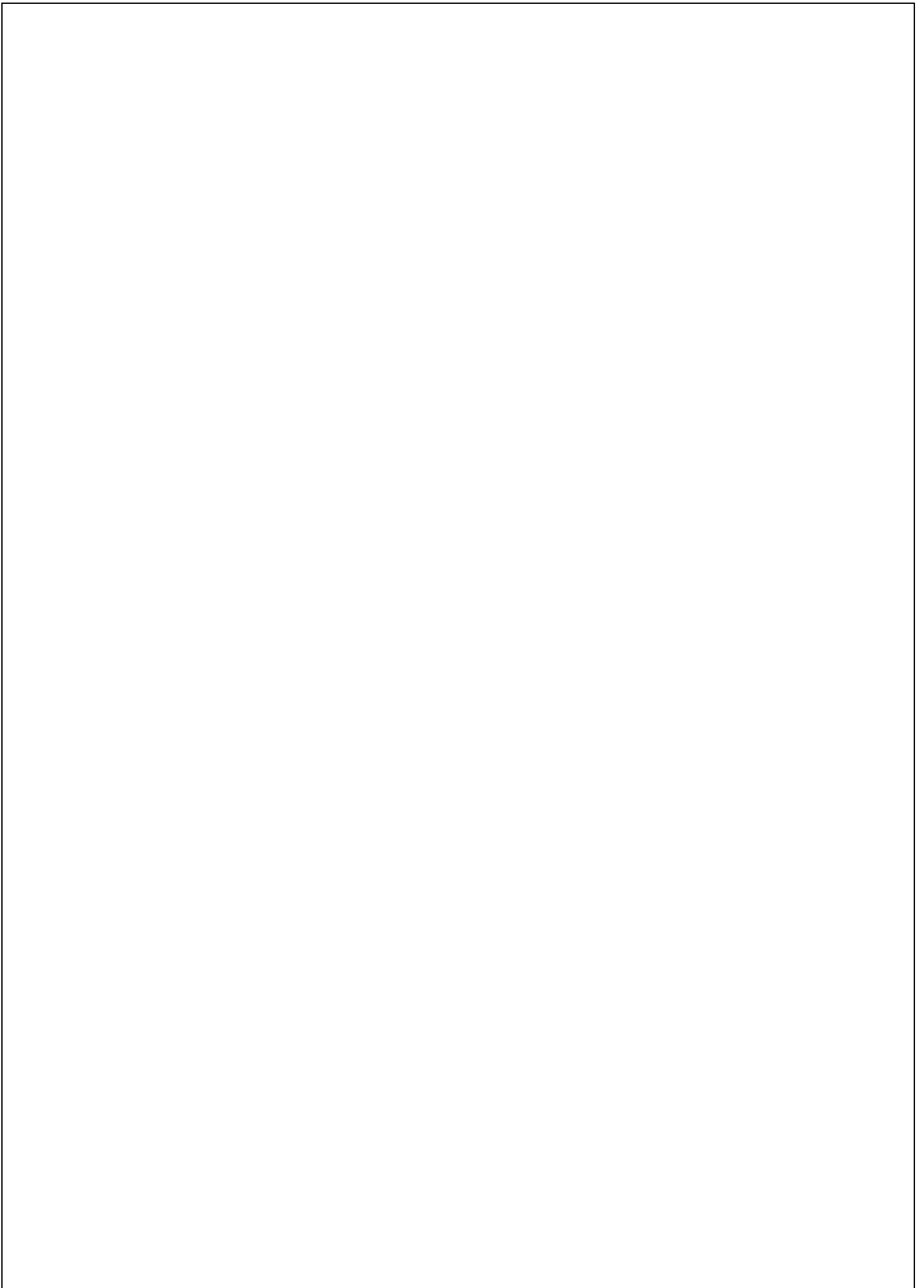
# PARTISIPASI MASYARAKAT DAN KEBIJAKAN PUBLIK

---

Konsep dan Terapan Empiris

**Ertien Rining Nawangsari**





## **PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM KEBIJAKAN PUBLIK**

Konsep dan Terapan Empiris

**Penyusun** : Ertien R.Nawang Sari

**ISBN** : 978-602-53124-6-5

**Penerbit** : SASANTI INSTITUTE

**Alamat Redaksi** :

Jl. Lesanpura 498 Teluk, Purwokerto Selatan.

Banyumas, Indonesia 53145

Telp: 085526003330

E-mail: [sasanti.institute@gmail.com](mailto:sasanti.institute@gmail.com)

**Distribusi melalui** :

Forum Kajian Administrasi Negara FISIP

26

Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jawa Timur

Jl.Raya Rungkut Madya, Gununganyar

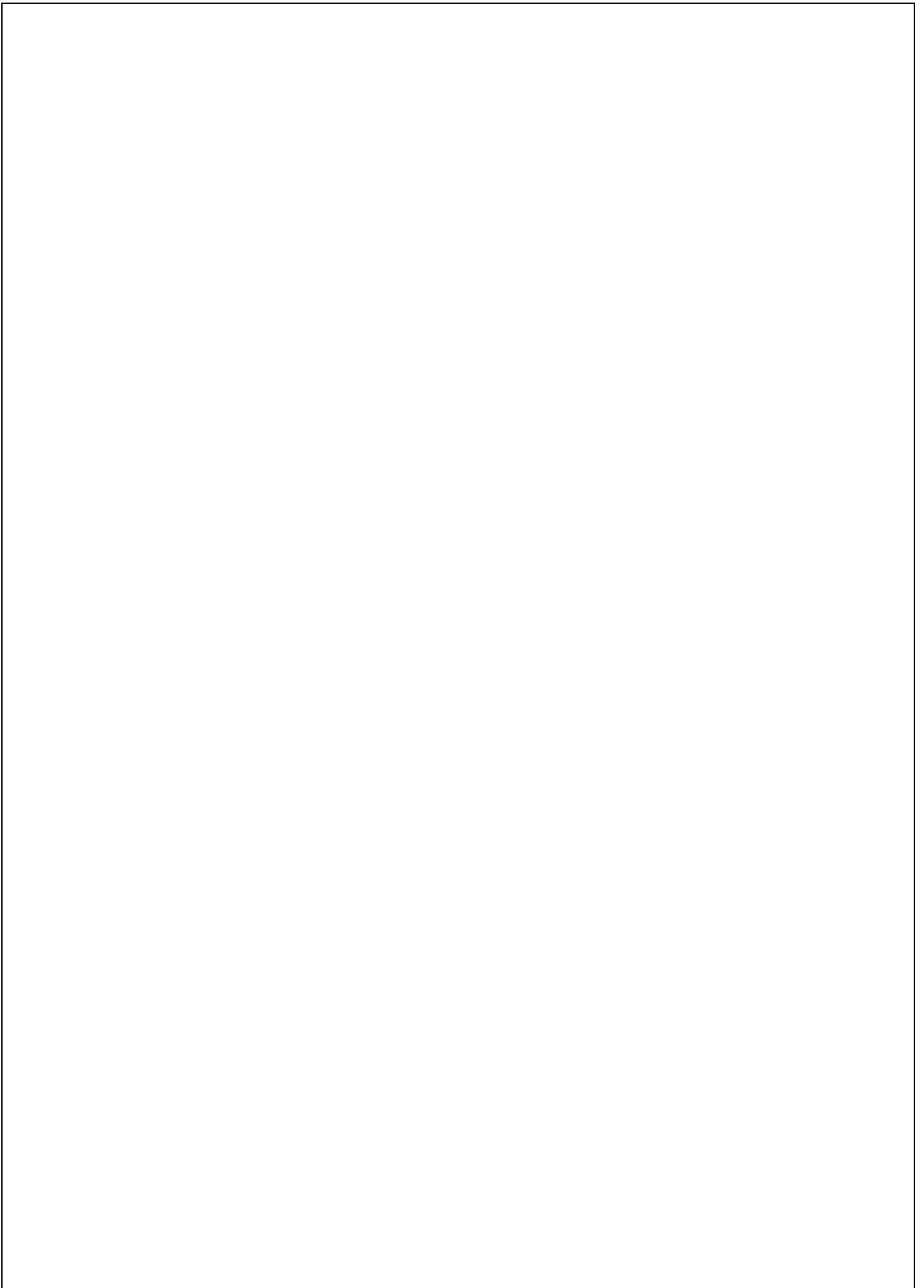
Surabaya

**Cetakan Pertama.** 2019

©Sasanti Institute. <sup>24</sup> Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun termasuk didalamnya menjiplak sebagian ataupun seluruh bagian tanpa izin tertulis dari penerbit





## **KATA PENGANTAR**

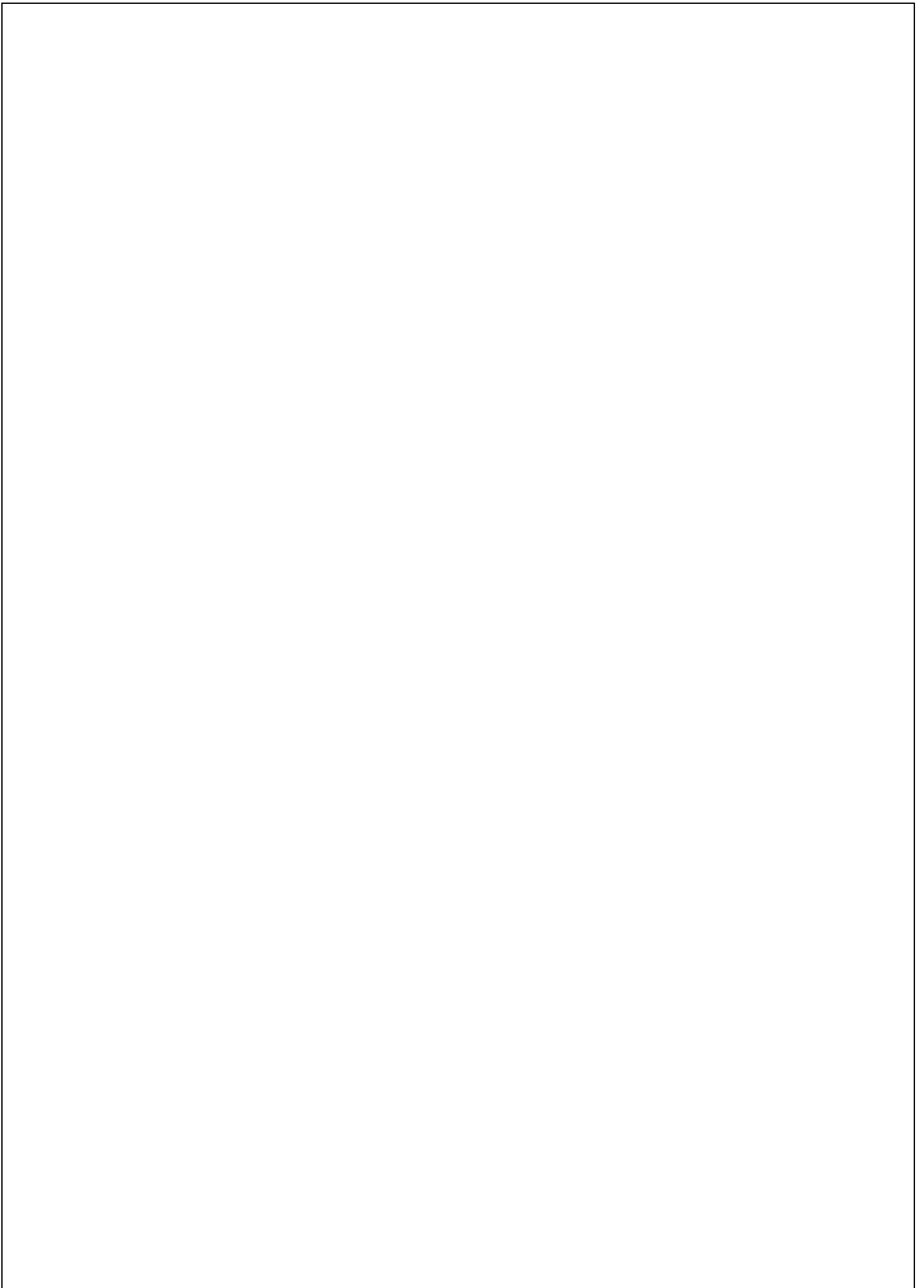
Manusia termasuk makhluk social, artinya manusia bergaul, berhubungan, berinteraksi dengan manusia lain dalam satu kelompok yang disebut sebagai masyarakat. Kehadiran suatu masyarakat tidak dapat dilepaskan dari kehadiran suatu Negara.

Buku yang sekarang ini berada dihadapan pembaca adlah buku yang berjudul "Partisipasi Masyarakat Dan Kebijakan Publik Konsep Dan Terapan Empiris". Sebagaimana diakui oleh penulisnya, gagasan mengenai buku ini sudah lama direncanakan. Terutama mengingat pentingnya kebijakan public dalam praktek ketatanegaraan di Indonesia.

Kami menyambut gembira kehadiran buku ini. Semoga kehadiran buku ini dapat memenuhi kebutuhan untuk mencerdaskan kehidupan bangsa.

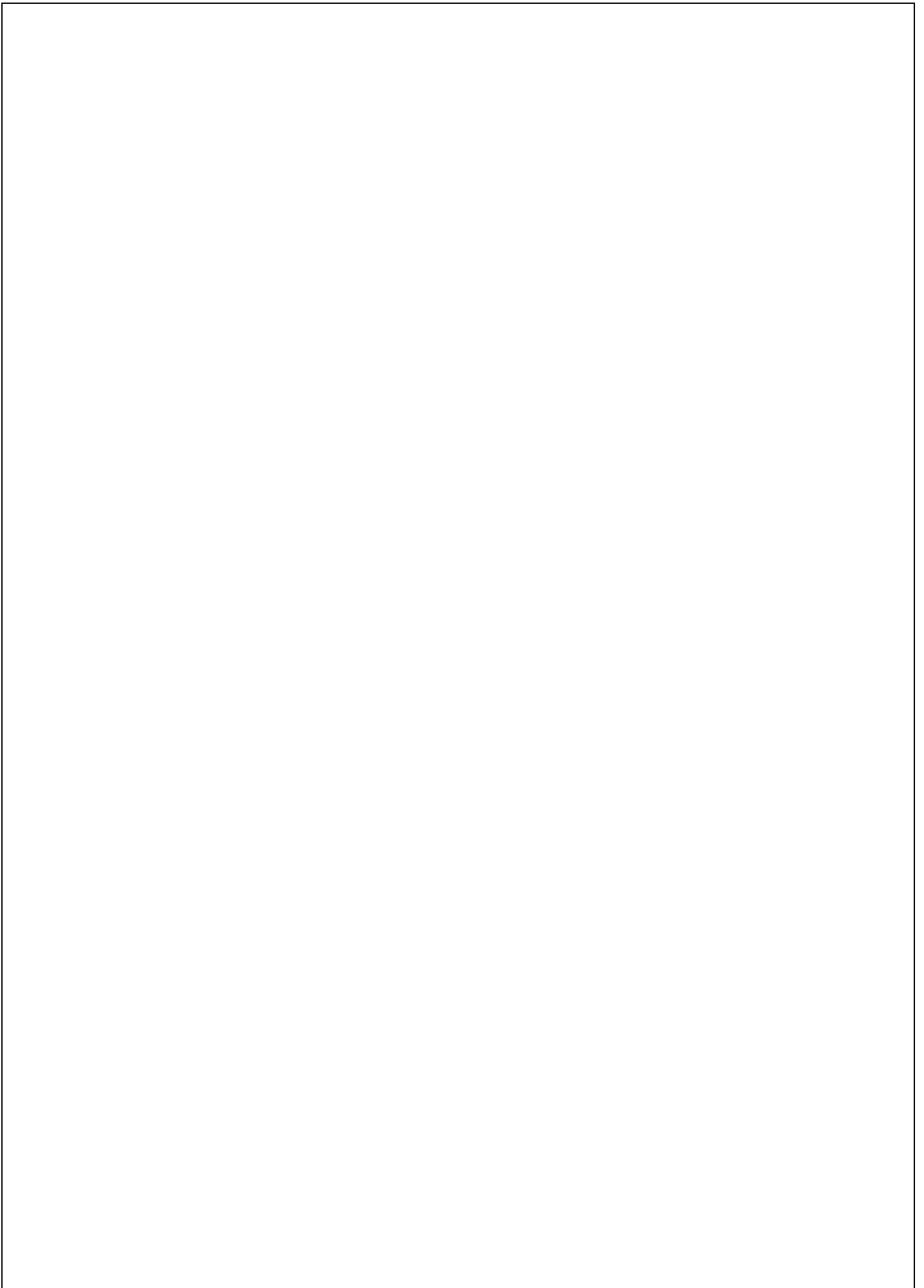
Akhir kata, selamat membaca.

Penulis.



## Daftar Isi

<b>Bagian 1.</b>	
Pengantar.....	1
<b>Bagian 2.</b>	
Partisipasi dan Institusi Inisiator .....	7
<b>Bagian 3.</b>	
Bentuk Partisipasi dalam Sistem Kesehatan di Luar Negeri .....	29
<b>Bagian 4.</b>	
Partisipasi Masyarakat untuk Pembuatan Kebijakan Indonesia ...	91
<b>Bagian 5.</b>	
Kesimpulan .....	119



## **Bagian 1. Pengantar**

Sejak kuartal terakhir abad kedua puluh dan dengan latar belakang demokratisasi dan reformasi yang berorientasi pasar, negara-negara di seluruh dunia telah menyerahkan sumber daya fiskal, tanggung jawab administratif, dan otoritas politik kepada pemerintah daerah (Grindle, 2000; Montero dan Samuels, 2004; Willis et al., 1999). Bahkan jika tingkat kekuasaan yang dilimpahkan kepada otoritas subnasional sangat bervariasi di seluruh negara (Falleti, 2005, 2010a), pemerintah subnasional telah memperoleh arti-penting politik dan kebijakan yang lebih banyak. Gelombang besar desentralisasi pemerintahan mengakibatkan semakin pentingnya pemerintah daerah dan daerah atas pengelolaan, pendanaan, dan pengiriman layanan sosial dan barang publik lokal. Di seluruh dunia, pemerintah daerah tidak hanya bertanggung jawab atas distribusi air, saluran air kotor (jika tersedia), dan pengumpulan sampah - tanggung jawab tradisional pemerintah daerah - tetapi juga untuk mengelola program pengentasan kemiskinan dan kesejahteraan, mengelola pendidikan dasar publik, dan menyediakan setidaknya beberapa layanan perawatan kesehatan primer (Arretche, 1999; Souza, 2004; Weitz-Shapiro, 2008).

Desentralisasi juga telah memfasilitasi partisipasi warga di tingkat lokal (Goldfrank, 2007). Di seluruh dunia, keterlibatan sipil setempat telah dianjurkan baik oleh kiri politik dan kanan politik, baik secara desain atau secara default (Baiocchi dan Ganuza,

2017). Dengan desain, pemerintah lokal, regional, dan nasional (sebagian besar) di sebelah kiri spektrum politik telah mempromosikan inovasi kelembagaan partisipatif untuk meningkatkan partisipasi warga dalam pengambilan keputusan publik dan memperkuat penggabungan politik (Goldfrank, 2011; Heller, 2001; Pogrebinschi dan Samuels, 2014). Secara default, krisis keuangan dan ekonomi yang berulang telah mengubah pemerintah daerah menjadi parit pertama dari meningkatnya kebutuhan dan tuntutan masyarakat (Wolford, 2010). Setelah adopsi reformasi neoliberal, partisipasi masyarakat sipil untuk mengatasi masalah dengan manajemen barang publik dan penyediaan layanan sosial telah fungsional untuk penarikan negara-bangsa dari banyak fungsi kesejahteraan sosialnya (Collier dan Handlin, 2009; Ewig, 2010). Mantan Perdana Menteri Inggris Konservatif David Cameron menjuluki peran peningkatan masyarakat sipil ini dalam pemerintahan sebagai "masyarakat besar." Menariknya, dengan cara yang sama bahwa reformasi desentralisasi telah diadvokasi oleh aktor-aktor sosial dan politik di kiri dan kanan spektrum politik (yang dulunya mengejar demokratisasi melalui desentralisasi politik dan fiskal, yang belakangan berusaha menyusutkan negara melalui desentralisasi administrasi), partisipasi masyarakat, juga telah diadvokasi oleh para aktor sosial dan politik di ujung yang berlawanan dari spektrum ideologis dalam mengejar berbagai tujuan .

Dalam ilmu politik, ada literatur yang berkembang tentang partisipasi masyarakat, yang kami maksudkan dengan jenis kegiatan

keterlibatan sipil yang berada di luar apa yang umumnya dipahami sebagai partisipasi politik, yaitu, memberikan suara, menghubungi pejabat publik, berkontribusi pada kampanye politik ( Verba et al., 1995 ) dan juga di luar apa yang dikonseptualisasikan sebagai kontestasi sosial (misalnya, McAdam et al., 2001, Tarrow, 2008 [1998] ). Jenis partisipasi sipil ini adalah bagian dari apa yang oleh para sarjana disebut sebagai keterlibatan sipil (Putnam, 1993), aktivisme sosial (Seligson dan Booth, 1976, 97), menjadi sukarelawan (Schmitt, 2010, 1443), atau partisipasi asosiasi terprogram (Dunning, 2009). Sebagian besar literatur terbaru tentang partisipasi masyarakat, terutama yang berkaitan dengan tingkat lokal, telah berfokus pada lembaga penganggaran partisipatif, sebuah inovasi kelembagaan yang dirancang untuk memasukkan masyarakat sipil dalam keputusan investasi lokal (Abers, 2000; Baiocchi et al. , 2011; Goldfrank, 2007a; Sintomer et al., 2010; Souza, 2001; Tranjan, 2016; Wampler, 2007). Di antara donor internasional, partisipasi masyarakat dan pemantauan juga menjadi pusat perhatian para peneliti dan evaluator program (Björkman dan Svensson, 2009; Humphreys et al., 2012). Partisipasi warga dalam dewan pendidikan (Alschuler dan Corrales, 2012), dewan keamanan (Gonzalez, 2016), dan dewan daerah aliran air (Abers dan Keck, 2013), di antara lembaga-lembaga lokal, regional, dan nasional lainnya (Pogrebinschi dan Samuels, 2014) juga telah dipelajari. Namun, perhatian yang relatif kurang telah diberikan kepada partisipasi masyarakat dalam kesehatan masyarakat, di mana kami akan memfokuskan analisis empiris kami.



Faktanya, sedikit perhatian telah diberikan pada politik kesehatan dalam ilmu politik, terlepas dari kenyataan bahwa kesehatan adalah ciri kehidupan yang didefinisikan (Carpenter, 2012) dan bahwa kondisi kesehatan yang minimal diperlukan untuk fungsi manusia di bidang lain seperti kewarganegaraan, tenaga kerja, pendidikan, konsumsi, reproduksi, waktu luang, dan spiritualitas (Sen, 1999). Selain itu, partisipasi masyarakat dalam sistem kesehatan membingungkan. Berbeda dengan kasus dewan pendidikan, misalnya, di mana orang tua dengan anak-anak usia sekolah berinteraksi dengan guru dan administrator sekolah anak-anak mereka secara teratur (kadang-kadang setiap hari), rata-rata individu berinteraksi jauh lebih sporadis dengan sistem perawatan kesehatan. Juga, di banyak masyarakat dokter memiliki prestise status sosial yang tinggi, pengetahuan, dan kekuasaan atas keputusan kualitas hidup, bahkan atas keputusan hidup atau mati, yang mempengaruhi pasien mereka. Penyembuh yang sah menikmati otoritas hukum dan kekuatan budaya tertentu (Carpenter, 2012, 298) yang mengintimidasi sebagian besar pasien mereka, terutama mereka yang merupakan pengguna sistem kesehatan masyarakat. Jadi, karena keteraturan interaksi dan hierarki sosial di antara dokter dan pasien, partisipasi masyarakat dalam kesehatan tidak terduga atau mengejutkan, dan politiknya menunggu studi lebih lanjut .

Dalam Elemen ini, kami secara komparatif mempelajari asal-usul dan regulasi hukum awal serta implementasi lembaga partisipatif dalam kesehatan masyarakat. Elemen ini diatur dalam lima bagian. Bagian selanjutnya memajukan konseptualisasi kita tentang

partisipasi program dan argumen utama kita: asal-usul lembaga partisipatif dalam kesehatan (yaitu, apakah mereka lahir dari proses reformasi administrasi atau politik) adalah prediktor kuat dari jenis partisipasi programatik yang dihasilkan. Pada bagian ini, kami juga terlibat dengan argumen alternatif dan menjelaskan desain penelitian kami. Bagian ketiga secara empiris menerapkan argumen utama kami, karena membandingkan asal-usul institusional dari institusi partisipatif dalam kesehatan masyarakat di sebelas negara di Eropa Barat dan Amerika Latin. Pada bagian keempat, kami mempelajari analisis mendalam tentang pengalaman partisipatif di Argentina, yang memungkinkan kami untuk menggali beberapa karakteristik proses penciptaan kelembagaan dan evolusi partisipasi program dalam kesehatan. Pada bagian terakhir, kami menyimpulkan dengan meringkas temuan utama kami dan kontribusi penelitian kami pada literatur tentang kesehatan dan partisipasi masyarakat.



## Bagian 2. Partisipasi dan Institusi Inisiator

Secara teoritis, kami tertarik pada jenis tertentu partisipasi warga: partisipasi terprogram. Untuk mendefinisikan partisipasi program, kami menarik dari definisi Booth dan Seligson tentang partisipasi politik sebagai perilaku yang berorientasi pada distribusi barang publik (Booth, 1979, 30-31; Booth dan Seligson, 1978, 5-9) dan dari definisi Davies dan Falleti tentang Partisipasi programatik lokal sebagai perilaku terorganisir yang bertujuan untuk memengaruhi distribusi atau manajemen layanan sosial (Davies dan Falleti, 2017, 1704). Kami mendefinisikan partisipasi terprogram sebagai "perilaku individu atau kolektif yang diorganisir secara kelembagaan dan yang disetujui negara yang memengaruhi atau berupaya memengaruhi manajemen atau distribusi barang publik atau layanan sosial," seperti anggaran publik, sekolah, klinik kesehatan, atau perlindungan lingkungan. Fakta bahwa partisipasi ini (baik perorangan atau kolektif) berupaya untuk memengaruhi barang publik atau layanan sosial adalah penting bagi kami menamakannya "terprogram." Ini dapat dikatakan, ini bukan partisipasi yang berupaya mendapatkan akses individu ke layanan atau barang, seperti seperti dalam kasus pertukaran klientelistik di mana dukungan politik diberikan untuk mendapatkan akses individu ke layanan sosial publik atau pasar semu. Oleh karena itu, ada baiknya meninjau jenis barang dan jasa yang berlaku untuk partisipasi program.

Seperti yang didefinisikan oleh Olson (1968, 14), barang publik adalah "barang apa pun yang dikonsumsi oleh siapa pun dalam suatu kelompok tidak memerlukan pemotongan barang dari orang lain dalam kelompok itu." Atau, seperti Cammett (2014, 268 n. 5) menjelaskan, "barang publik tidak dapat dipisahkan (yaitu, mereka yang belum membayar dapat menggunakannya) dan nonrivalrous (yaitu, konsumsi satu pengguna tidak menghalangi penggunaan barang oleh orang lain, setidaknya tidak sampai konsumsi mencapai titik saturasi). "Udara bersih, air bersih, pengumpulan dan pemrosesan sampah, infrastruktur jalan, infrastruktur listrik, jaringan telekomunikasi, taman umum dan rekreasi adalah contoh barang publik.

Berkenaan dengan layanan sosial, seperti yang dijelaskan Cammett (2014, 12):

Layanan kesejahteraan dan sosial mencakup beragam kebijakan yang dirancang untuk mendistribusikan kembali pendapatan dan mengurangi risiko. Program-program ini dapat beroperasi melalui skema asuransi yang dirancang untuk melindungi siklus hidup dan kerentanan berbasis pasar, seperti kesehatan yang buruk atau pengangguran, atau melalui pengeluaran layanan dasar seperti perawatan kesehatan, sekolah, atau bantuan pendapatan langsung.

Kecuali jika ada akses universal yang sempurna ke layanan sosial, mereka tidak dapat dikecualikan: mereka menargetkan sektor-sektor tertentu dari populasi di bawah kriteria tertentu, seperti tingkat pendapatan, tempat tinggal, status kewarganegaraan, status

pekerjaan, dan sebagainya. Layanan sosial juga dapat menjadi saingan karena konsumsi barang atau oleh satu komunitas atau komunitas mengambil sumber daya dari kemampuan orang atau komunitas lain untuk menikmatinya. Ambil, misalnya, keputusan pembangunan klinik kesehatan setempat atau definisi tangkapannya: hanya mereka yang berada di komunitas atau daerah tangkapan air terpilih yang akan menikmati (baik de jure atau de facto) layanan kesehatan yang disediakan oleh klinik itu. Akhirnya, sementara aktor negara atau non-negara dapat memberikan layanan sosial, untuk tujuan Elemen ini, kami terutama berkaitan dengan partisipasi programatik yang berorientasi pada layanan sosial yang disediakan oleh negara, dan terhadap layanan kesehatan masyarakat pada khususnya.

Partisipasi terprogram adalah perilaku sukarela; tetapi tidak seperti definisi yang lebih luas dari keterlibatan sipil atau menjadi sukarelawan, kami tertarik pada partisipasi terprogram yang disetujui, dipromosikan, atau setidaknya diakui secara kelembagaan oleh negara, di tingkat teritorial mana pun (pusat, menengah, atau lokal). Dalam buku ini, kami memfokuskan analisis empiris kami pada partisipasi terprogram yang berupaya memengaruhi desain, manajemen, dan pemberian layanan kesehatan di sektor publik, khususnya di tingkat lokal dan dalam konteks dewan kesehatan atau komite yang melibatkan masyarakat sipil. Anggota Dewan kesehatan ini adalah contoh dari institusi partisipatif.

Kami mengikuti definisi institusi yang diusulkan oleh Brinks, Levistky, dan Murillo (2018, 7): "seperangkat aturan formal yang mengatur perilaku manusia di sekitar tujuan tertentu dengan (a) menetapkan peran aktor, (b) membutuhkan, mengizinkan, atau melarang perilaku tertentu, dan (c) mendefinisikan konsekuensi dari mematuhi atau tidak mematuhi aturan yang tersisa. "Lembaga partisipatif, pada gilirannya, menjadi milik apa yang oleh Graham Smith (2009, 1) disebut inovasi demokratis - lembaga" yang secara khusus dirancang untuk meningkat dan memperdalam partisipasi warga dalam proses pengambilan keputusan politik. "Atau, seperti yang sebelumnya didefinisikan dalam penelitian kolaboratif (Davies dan Falleti, 2017; Falleti dan Riofrancos, 2018), lembaga partisipatif adalah lembaga formal, lembaga yang diberi sanksi negara secara eksplisit dibuat untuk menambah keterlibatan warga dalam pengambilan keputusan atas barang publik atau layanan sosial. Lembaga-lembaga ini menyediakan sarana politik yang normal bagi warga negara untuk berinteraksi dengan negara dan berpotensi lebih substantif daripada partisipasi pemilihan sporadis di kotak suara, sementara tidak terlalu mengganggu daripada protes sosial (Cameron et al., 2012; Fung dan Wright, 2003). Contoh lembaga partisipatif meliputi, antara lain, penganggaran partisipatif, komite air, komite pengawasan lokal, konsultasi sebelumnya, dan dewan kesehatan, yang menjadi fokus analisis kami.

Membangun dan menggabungkan wawasan dari tipologi sebelumnya dari partisipasi sipil (khususnya, Sáez González, 2013, 50; Anigstein, 2007), kami membedakan antara kegiatan konsultasi,

perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan masyarakat sipil yang dapat terjadi dalam lembaga-lembaga partisipatif di sektor kesehatan publik.<sup>5</sup> Konsultasi merujuk pada kasus-kasus di mana negara menyebarkan informasi tentang masalah tertentu dan / atau mengundang masyarakat untuk menyatakan pendapatnya. Namun, tidak wajib bagi negara untuk menerapkan pendapat masyarakat. Dengan perencanaan, kami merujuk pada kasus-kasus partisipasi masyarakat di mana keputusan atau hasil diskusi atau musyawarah yang dihasilkan masyarakat menjadi mandat bagi negara, yang harus menerjemahkan keputusan-keputusan tersebut ke dalam kebijakan atau praktik. Kegiatan perencanaan sering mengandaikan tindakan memprioritaskan di antara hasil yang mungkin atau tindakan negara dalam pembuatan kebijakan. Pemantauan adalah jenis ketiga dari partisipasi masyarakat dan mengharuskan masyarakat memiliki wewenang untuk mengevaluasi pengiriman layanan publik atau pelaksanaan kebijakan tertentu. Ini terkait dengan praktik pengawasan dan akuntabilitas. Dalam layanan sosial publik, saluran telepon atau buku pengaduan kadang-kadang dirancang untuk mempromosikan jenis partisipasi ini (yang dapat dilakukan baik secara individu maupun kolektif). Terakhir, jenis partisipasi masyarakat yang keempat, yang kami beri label eksekusi, terdiri dari pengalaman partisipasi masyarakat di mana warga negara memiliki wewenang untuk melaksanakan atau melaksanakan kebijakan atau program tertentu.

Sementara semua fungsi yang berbeda yang dimiliki oleh partisipasi masyarakat mungkin memiliki vis-à-vis kebijakan dan



praktik sosial, kegiatan partisipasi ini (konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan) tidak eksklusif. Faktanya, seperti yang kami tunjukkan dalam analisis empiris komparatif pada bagian berikutnya, desain kelembagaan untuk partisipasi program paling sering menggabungkan dua atau lebih dari fungsi-fungsi ini. Konsultasi - sebagai tindakan negara memberikan informasi kepada masyarakat sipil - hadir dalam semua desain kelembagaan partisipasi dalam kesehatan masyarakat, tetapi ada variasi mengenai ada atau tidak adanya tiga jenis kegiatan lainnya.

Kami membedakan antara dua jenis ideal partisipasi program. Kami memberi label jenis partisipasi ideal yang pertama, partisipasi terprogram untuk pemantauan. Dalam jenis partisipasi ini, peran utama masyarakat sipil adalah untuk mengamati pejabat publik dan karyawan dan untuk mencela mereka setiap kali mereka menyimpang dari perilaku yang ditentukan atau yang diinginkan. Jika pihak berwenang atau karyawan di tingkat lokal, misalnya, mengalihkan uang atau sumber daya publik, masyarakat sipil dilibatkan melalui jenis partisipasi ini untuk membawa tuduhan kepada pejabat pemerintah tingkat yang lebih tinggi. Dalam modalitas partisipasi ini, masyarakat sipil diberitahu tentang proyek, program, dan kebijakan, tetapi tidak memberikan umpan balik yang kondusif untuk tindakan kebijakan. Peserta menerima dan memproses informasi (konsultasi). Mereka juga memantau, menjadi pengawas atau pendukung dan penegak akuntabilitas.

Tipe ideal kedua adalah partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan. Modalitas partisipasi ini mensyaratkan perilaku kolektif atau kolaboratif, sering kali membutuhkan interaksi tatap muka dan pertemuan di antara para peserta. Peserta secara kolektif menetapkan prioritas bersama, merencanakan kebijakan sosial, atau merancang program (perencanaan). Semua kegiatan ini mengandaikan adanya setidaknya tingkat moderasi musyawarah dan mekanisme moderasi dalam lembaga-lembaga partisipatif. Dalam modalitas partisipasi ini, di mana masyarakat sipil sangat terlibat dalam pembuatan kebijakan, akibatnya peserta masyarakat sipil dapat diundang atau memiliki inisiatif untuk melaksanakan (setidaknya sebagian) kebijakan dan program yang dirancang, seringkali dengan dukungan keuangan dan teknis dari birokrasi negara (eksekusi).

Kedua jenis ideal partisipasi program ini terkait langsung dengan apa yang diidentifikasi oleh Carol Pateman (2012) sebagai dua mode di mana demokrasi dapat melibatkan publik dalam inovasi partisipatif. Menurut Pateman,

Dalam konteks sosial dan politik yang diprivatisasi pada abad ke-20, warga negara konsumen harus ekstra waspada dan memantau penyedia; mereka membutuhkan informasi, untuk dikonsultasikan, dan kadang-kadang untuk berdebat dengan sesama konsumen-warga negara tentang layanan yang mereka tawarkan. Sebaliknya, konsepsi kewarganegaraan yang terkandung dalam teori demokrasi partisipatif adalah

bahwa warga negara sama sekali tidak seperti konsumen. Warga negara memiliki hak untuk ketentuan publik, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kehidupan kolektif mereka dan untuk hidup dalam struktur otoritas yang memungkinkan partisipasi tersebut. (Pateman, 2012, 15)

Ketika kami mensurvei sistem perawatan kesehatan publik di seluruh dunia, dan khususnya di Amerika Latin dan Eropa Barat, yang telah melembagakan partisipasi warga negara, pendapat utama kami adalah bahwa jenis partisipasi terprogram yang diamati dalam inovasi kelembagaan sektor kesehatan untuk partisipasi masyarakat (apakah lembaga-lembaga tersebut terutama berorientasi pada partisipasi program untuk pemantauan atau untuk pembuatan kebijakan) adalah hasil dari proses administratif atau politik di balik penciptaannya. Singkatnya, reformasi administrasi mengarah pada lembaga partisipatif untuk pemantauan, sementara reformasi politik mengarah pada lembaga partisipatif untuk pembuatan kebijakan.

Dengan proses reformasi politik, kami merujuk pada kumpulan peristiwa politik yang terjadi dalam sistem politik yang lebih besar ketika inovasi kelembagaan untuk partisipasi dalam kesehatan diciptakan. Proses reformasi politik dapat melibatkan peristiwa yang radikal seperti yang hadir dalam revolusi sosial (yang didefinisikan oleh Skocpol (1979) menyiratkan transformasi lengkap dari negara dan ekonomi) atau yang hadir dalam perubahan rezim politik (seperti transisi dari otoritarianisme untuk demokrasi, atau

sebaliknya). Perubahan-perubahan semacam itu juga dapat melibatkan peristiwa-peristiwa yang lebih moderat yang masih signifikan dari perspektif orientasi kebijakan publik, seperti transformasi dalam keseimbangan kekuasaan di antara partai-partai politik dan basis sosial mereka, yang mungkin menyiratkan transisi dari pemerintah berdasarkan basis pemilihan yang condong ke kanan, dan kebijakan kanan kepada pemerintah berdasarkan basis pemilihan dan kebijakan yang condong ke kiri (seperti yang terjadi selama periode belokan kiri di Amerika Latin).

Dengan proses reformasi administrasi, kami merujuk pada kumpulan peristiwa yang memengaruhi sektor kebijakan tertentu (seperti pendidikan, kesehatan, perumahan, pensiun, dll). Proses reformasi administrasi terkait erat dengan ide-ide reformasi pemerintahan atau transformasi birokrasi negara. Ini untuk mengatakan, dalam konteks proses reformasi administrasi, tidak ada perubahan radikal dalam negara atau ekonomi, dalam jenis rezim politik, atau dalam keseimbangan kekuasaan secara keseluruhan antara partai politik dan aktor sosial.

Kami berpendapat bahwa di mana partisipasi masyarakat dalam kesehatan masyarakat adalah hasil dari reformasi administrasi sistem perawatan kesehatan, lembaga yang mempromosikan partisipasi program untuk pemantauan kemungkinan besar akan dilaksanakan. Dalam kasus di mana keterlibatan masyarakat dalam kesehatan publik adalah hasil dari proses reformasi politik yang lebih luas yang melampaui sektor kesehatan (seperti dalam konteks

revolusi sosial, transisi demokratis, atau "belok kiri" dalam politik), lembaga partisipatif yang dihasilkan di kesehatan akan mendorong partisipasi terprogram untuk pembuatan kebijakan.

Kedua jenis partisipasi program ini adalah tipe ideal dari berbagai bentuk keterlibatan masyarakat dalam kesehatan masyarakat. Namun, seperti yang kami tunjukkan di bagian berikutnya, lembaga-lembaga yang mempromosikan keterlibatan masyarakat dalam kesehatan masyarakat beroperasi dalam kontinum yang berjalan dari minimal hanya melaksanakan kegiatan konsultasi dan pemantauan (dekat dengan jenis ideal partisipasi program untuk pemantauan), melalui area perantara di mana perencanaan juga dimasukkan, ke tingkat maksimum kegiatan termasuk konsultasi, pemantauan, perencanaan, dan pelaksanaan. Ini berarti, dalam praktiknya, lembaga-lembaga partisipatif yang mempromosikan partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan melalui kegiatan perencanaan dan pelaksanaan juga mencakup kegiatan konsultasi dan pemantauan yang kurang menuntut (dari sudut pandang keterlibatan masyarakat sipil). Perlu juga dicatat bahwa argumen kami berlaku untuk fitur-fitur desain kelembagaan dan implementasi awalnya melalui peraturan perundang-undangan. Kami tidak berusaha menjelaskan evolusi kelembagaan melalui waktu, penguatan kelembagaan, atau kinerja kelembagaan, yang akan membutuhkan desain penelitian yang berbeda.

## Alternatif Kelembagaan Partisipatif

Analisis lintas-nasional komparatif desain kelembagaan kami untuk partisipasi program dalam sistem kesehatan masyarakat (Bagian 3), serta analisis komparatif mendalam kami tentang proyek-proyek partisipatif lokal dalam kesehatan yang dilakukan di Argentina selama belokan kiri (Bagian 4) bertujuan untuk berdialog dan menyelidiki beberapa penjelasan ilmu politik dan sosiologi mengenai dua pertanyaan utama: (1) Apa yang menyebabkan berbagai jenis lembaga partisipatif? dan (2) Siapa yang berpartisipasi?

### 2.1.1 Apa Alasan untuk Berbagai Jenis Institusi Partisipatif?

Literatur tentang demokrasi partisipatif telah mengidentifikasi dua jalur kausal untuk adopsi lembaga partisipatif. Pertama, lembaga partisipatif dapat dihasilkan dari mobilisasi dan permintaan dari bawah ke atas. Di Porto Alegre, Brasil, misalnya, penganggaran partisipatif pada awalnya merupakan proposal gerakan sosial. Itu diadopsi oleh pemerintah kota melalui proses interaksi kontroversial antara asosiasi lingkungan dan pemerintah daerah sebagai bagian dari serangkaian reformasi kelembagaan yang lebih luas yang berpusat pada demokratisasi negara, keadilan sosial, dan redistribusi ekonomi (Baiocchi dan Ganuza, 2015). Kedua, lembaga partisipatif dapat dipaksakan dari atas, tidak ada tuntutan dari masyarakat sipil, seperti halnya di Peru, Meksiko, atau dalam banyak kasus difusi penganggaran partisipatif sebagai "praktik terbaik". Dalam kasus ini, penelitian menunjukkan bahwa lembaga partisipatif tidak secara



fundamental mengubah hubungan negara-masyarakat dan tetap dilembagakan dengan lemah (lihat, antara lain, <sup>29</sup> Hevia de la Jara dan Isunza Vera, 2012, 80; McNulty, 2011; Zarembeg et al., 2017). Lindsay Mayka (2019) menyelidiki pertanyaan tentang kekuatan institusional dari institusi partisipatif secara lebih mendalam: institusi partisipatif kuat ketika ia memiliki desain kelembagaan yang tepat dan eksplisit, dikombinasikan dengan rutinitas tinggi dan infus tinggi dengan nilai. Untuk Mayka, reformasi sektoral menyeluruh yang mengubah status quo dan dengan demikian memungkinkan pembentukan koalisi reformasi luas yang pada gilirannya mengaktifkan pengusaha pro-partisipasi kebijakan adalah kondisi yang diperlukan yang bergabung untuk menghasilkan lembaga partisipatif yang kuat dalam kesehatan.

Kami percaya dinamika kausal yang sama berlaku untuk jenis partisipasi program yang terjadi di sektor kesehatan. Analisis kami terhadap literatur sekunder tentang partisipasi dalam kesehatan mengungkapkan bahwa ketika aktor sosial yang mendorong partisipasi dalam kesehatan terkait erat dengan masyarakat sipil (atau memiliki sejarah bekerja secara kolaboratif, bahkan jika mereka adalah anggota elit sektoral atau birokrasi), partisipasi terprogram untuk pembuatan kebijakan lebih mungkin. Sebaliknya, ketika lembaga partisipatif diberlakukan oleh reformasi administrasi dan khususnya oleh donor internasional, partisipasi program untuk pemantauan lebih mungkin terjadi. Namun, argumen kami tidak dengan sempurna memetakan ide reformasi yang sedang dilaksanakan dari atas atau bawah atau dengan koalisi reformasi

yang luas. Penting untuk menekankan bahwa variabel dependen kami atau hasil yang menarik bukan kekuatan institusional, tetapi tipe institusi partisipatif. Jadi, bahkan jika partisipasi programatik mengambil bentuk partisipasi untuk pembuatan kebijakan, ini tidak selalu berarti penguatan kelembagaan. Kasus proyek partisipatif lokal di bidang kesehatan di Argentina, yang diadopsi secara luas sebagai inisiatif dari atas, dipimpin oleh ilmuwan sosial, dokter, dan praktisi kesehatan dengan agenda progresif dan sejarah partisipasi dengan masyarakat sipil, menunjukkan bahwa mereka tidak bertahan lama. Setelah perubahan politik. Program ini secara kelembagaan lemah, karena tidak bertahan setelah pencipta dan pelaksana pertamanya meninggalkan administrasi publik nasional. Namun, itu adalah kasus partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan.

Analisis proyek-proyek partisipatif lokal di bidang kesehatan di Argentina (Bagian 4) juga menunjukkan bahwa, seperti dalam kasus reformasi kesehatan lainnya seperti universalisasi cakupan, elit sangat berperan. Mirip dengan temuan Harris (2017, 4) mengenai proses universalisasi cakupan di Brasil, Afrika Selatan, dan Thailand, kami juga menemukan bahwa "'gerakan profesional' dari dokter progresif ... dan profesional medis lainnya dengan akses ke sumber daya negara" adalah aktor kunci untuk desain dan diberlakukannya reformasi partisipatif. Seperti yang ditulis oleh Harris (2017, 4), ini adalah "elit dari profesi terhormat yang, secara rasional, tidak membutuhkan perawatan kesehatan atau obat sendiri dan yang sepertinya tidak memiliki banyak manfaat dari kebijakan semacam itu," termasuk partisipasi. Pekerjaan mereka dengan orang miskin,



bagaimanapun, menginformasikan advokasi mereka untuk reformasi kesehatan yang akan mencakup partisipasi masyarakat sebagai sarana untuk memberdayakan individu miskin, khususnya wanita, dan lingkungan dan masyarakat miskin. Demikian pula, Natasha Borges Sugiyama (2008) menunjukkan bahwa kota-kota di Brasil dengan otoritas yang terkait dengan asosiasi profesional kesehatan masyarakat (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES) lebih cenderung mengadopsi program kesehatan keluarga perawatan primer (Programa Saúde da Família). Dan Mayka (2019) juga menekankan pentingnya pengusaha kebijakan pro-partisipasi untuk mengaktifkan desain kelembagaan partisipatif. Analisis empiris kami konsisten dengan temuan ini.

Namun, dua penjelasan alternatif tidak menemukan dukungan dalam penelitian kami. Dalam analisisnya tentang pengalaman partisipatif yang berbeda di seluruh dunia, Pateman (2012, 15) mengemukakan bahwa ketika keterlibatan peserta sebagai pembuat kebijakan hadir dalam pengalaman negara-negara berkembang, keterlibatan peserta sebagai konsumen ditemukan di negara-negara "kaya". Analisis kami menunjukkan bahwa keterlibatan warga negara sebagai konsumen juga ditemukan di negara berkembang. Meskipun benar bahwa tiga negara Eropa yang kaya dari sampel kami (Italia, Portugal, dan Belanda) melembagakan partisipasi untuk pemantauan, ini juga terjadi di Kolombia, negara yang tidak kaya. Dengan demikian, kami percaya harus ada dinamika kausal lainnya yang menjelaskan jenis partisipasi terprogram yang

dipromosikan dalam kesehatan masyarakat yang melampaui wilayah geografis atau tingkat perkembangan ekonomi suatu negara.

Kedua, dapat diperdebatkan bahwa kategori proses reformasi administrasi kami sebenarnya adalah proksi untuk reformasi neoliberal, yang akan menjadi penyebab sesungguhnya di balik partisipasi programatik untuk pemantauan. Meskipun benar bahwa gagasan dan kebijakan neoliberal mengorientasikan agenda reformasi semua negara yang melembagakan partisipasi programatik untuk pemantauan (Italia, Portugal, dan Kolombia pada 1990-an, dan Belanda pada 2006), yang menarik mereka juga memandu reformasi sektoral Bolivia. Dan Ekuador pada tahun 2002. Namun, kedua negara menggunakan kerangka kerja kelembagaan (dibuat dalam konteks neoliberal) untuk mempromosikan partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan di bidang kesehatan begitu mereka menjadi bagian dari proses reformasi politik yang lebih luas, seperti ditunjukkan pada bagian berikutnya.

### 2.1.2 Siapa yang Berpartisipasi?

Untuk waktu yang lama, konsensus ilmiah dalam ilmu politik adalah bahwa warga diberkahi dengan tingkat tertinggi modal ekonomi dan sosial yang paling banyak berpartisipasi, baik dalam pemilihan, di lembaga lokal seperti dewan sekolah, atau bahkan dalam asosiasi masyarakat (Collier dan Handlin, 2009; Putnam, 2000; Verba et al., 1995). Bahkan, dalam demokrasi liberal, salah satu temuan ilmu sosial yang paling sistematis adalah bahwa proses partisipatif menunjukkan bias kelas tinggi yang memperburuk

kesenjangan sosial ekonomi (Verba et al., 1978; Verba et al., 1995, 186, 509- 33).

Konsensus ilmiah semacam itu mulai berkembang <sup>40</sup> lebih dari lima puluh tahun yang lalu, ketika sebagai bagian dari perubahan perilaku dalam ilmu-ilmu sosial, sebuah agenda penelitian khusus muncul pada masing-masing prediktor individu mengenai partisipasi politik. Menggambar dari survei opini publik, para sarjana memusatkan perhatian terutama pada masyarakat maju, di mana sikap dan kepercayaan individu atau dana modal sosial dan ekonomi mereka ditemukan sebagian besar bertanggung jawab untuk jenis dan tingkat partisipasi mereka (Almond dan Verba, 1963; Verba et al., 1995). Secara keseluruhan, pendapatan dan pendidikan individu adalah prediktor kuat dari kompetensi dan partisipasi warga negara (Almond, 1980, 23; Verba et al., 1995, 420).

Sementara itu, penelitian awal tentang partisipasi politik dalam konteks nondemokratis atau terbelakang menghasilkan hasil yang kurang seragam (untuk ringkasan temuan penelitian awal ini, lihat Booth, 1979, khususnya hlm. 32-45). Seperti yang dikatakan Davies dan Falletti (2017, 1702), temuan-temuan yang bertentangan ini sebagian besar merupakan hasil dari perluasan konsep: partisipasi politik didefinisikan terlalu luas, mencakup pemilihan (pemilihan, interaksi dengan pejabat terpilih, dan partai politik dan kegiatan kampanye), berorientasi pada masyarakat perilaku (sipil dan aktivisme sosial), serta kontroversial (seperti pemogokan, protes, kerusuhan, atau invasi tanah) dan bentuk-bentuk partisipasi yang

tidak serius (seperti partisipasi peningkatan masyarakat, aktivisme organisasi). Ketepatan konseptual yang lebih besar mengenai partisipasi politik, dioperasionalkan sebagai partisipasi pemilih, menghasilkan hasil yang lebih konklusif, apakah fokus utama telah pada variabel tingkat individu, kelembagaan, atau struktural (Fornos et al., 2004; Pérez-Linán, 2001; Remmer, 2009). Mempelajari partisipasi politik lokal di desa-desa pedesaan di dua negara bagian India, Krishna (2006) juga menemukan bahwa kekayaan tidak penting bagi partisipasi politik warga. Dengan demikian, sementara penjelasan bias kelas tinggi telah diperdebatkan di negara-negara berkembang ketika diterapkan pada partisipasi politik dan partisipasi pemilih, perhatian yang relatif kecil telah diberikan pada faktor-faktor penentu tingkat individu dari partisipasi non-elektoral dan non-metode partisipasi seperti sipil atau masyarakat jenis partisipasi terprogram.

Di masa lalu, letusan inovasi kelembagaan partisipatif, terutama di Amerika Latin, telah memungkinkan gelombang baru penelitian tentang siapa yang berpartisipasi. Dalam salah satu studi perintis penganggaran partisipatif, Abers (2000) menunjukkan bahwa mereka yang paling membutuhkan berpartisipasi lebih banyak di Porto Alegre, Brasil. Demikian pula, Davies dan Falletti (2017) menunjukkan bahwa dalam organisasi masyarakat lokal seperti komite lingkungan, dewan sekolah, dan asosiasi ekonomi lokal, mereka yang memiliki pendapatan sosial ekonomi terendah dan pendidikan kurang berpartisipasi lebih banyak di Bolivia, baik sebelum dan sesudah belok kiri (yang dimulai pada 2006). Apakah

temuan ini meluas ke partisipasi programatik masyarakat dan masyarakat dalam kesehatan?

Kami menjawab pertanyaan ini dalam analisis mendalam kami tentang proyek-proyek partisipatif lokal dalam kesehatan masyarakat di Argentina (Bagian 4). Kami menemukan bahwa sebagian besar pesertanya miskin. Ini sebagian besar karena pengguna sistem kesehatan masyarakat di Argentina, khususnya di daerah pedesaan atau di lingkungan pinggiran kota, sebagian besar dari kelompok status sosial ekonomi rendah. Kelas atas dan menengah di Argentina menggunakan layanan kesehatan asuransi swasta atau sosial dan jarang ditemukan di antara pasien di klinik kesehatan masyarakat primer. Dengan kata lain, fakta bahwa program partisipatif ini tertanam dalam sistem kesehatan publik Argentina berarti bahwa, secara desain, program ini menargetkan komunitas dan individu yang relatif miskin. Selain itu, analisis empiris kami terhadap proyek-proyek partisipatif lokal dalam kesehatan di Argentina menunjukkan bahwa wanita lebih banyak berpartisipasi secara signifikan daripada pria.

#### Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan Masyarakat

Pada 1960-an melihat perkembangan proyek-proyek komunitas dalam perawatan kesehatan (Sanabria Ramos, 2004). Namun, partisipasi warga dalam kesehatan tidak secara resmi diakui sebagai hak sampai tahun 1978, ketika Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengadakan **Konferensi Internasional tentang**



Perawatan Kesehatan Primer, di Alma-Ata (USSR, sekarang Kazakhstan). Deklarasi Alma-Ata menetapkan bahwa partisipasi bukan hanya hak tetapi juga kewajiban untuk dilaksanakan secara individu atau bersama dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan kesehatan. Deklarasi tersebut juga menyatakan bahwa kesehatan (yang didefinisikan sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, dan bukan sekadar tidak adanya penyakit atau penyakit) adalah hak asasi manusia yang mendasar dan bahwa pencapaian tingkat tertinggi yang dimungkinkan kesehatan adalah tujuan sosial di seluruh dunia yang paling penting yang realisasinya memerlukan tindakan banyak sektor sosial dan ekonomi selain sektor kesehatan (World Health Organization, 1978). Selama konferensi ini, WHO meluncurkan tujuan "Kesehatan untuk semua orang di dunia pada tahun 2000" dan mendefinisikan Perawatan Kesehatan Utama sebagai berikut:

Perawatan kesehatan esensial berdasarkan metode dan teknologi yang praktis, sehat secara ilmiah, dan dapat diterima secara sosial, yang dapat diakses secara universal bagi individu dan keluarga di masyarakat melalui partisipasi penuh mereka dan dengan biaya yang mampu dipertahankan oleh masyarakat dan negara pada setiap tahap perkembangan mereka dalam semangat kemandirian dan penentuan nasib sendiri. (Organisasi Kesehatan Dunia, 1978, vi)

Partisipasi masyarakat adalah salah satu prinsip dasar Perawatan Kesehatan Utama (Rifkin, 2009, 31-32). Setelah Deklarasi Alma-Ata, proyek-proyek partisipasi masyarakat berkembang pesat,

baik dipromosikan oleh masyarakat sipil atau negara (Saez González, 2015), kemungkinan besar sebagai respons terhadap advokasi kuat konferensi untuk Perawatan Kesehatan Utama (De Vos et al., 2009). Pada pertengahan 1980-an, Susan Rifkin (1986) sudah bisa melihat kembali pada 200 studi kasus partisipasi masyarakat sejak awal dekade itu.

Bagaimana seharusnya partisipasi masyarakat dalam sistem kesehatan dirancang dan diimplementasikan? Seperti yang kami tunjukkan di bagian berikutnya, tindakan negara untuk menghasilkan atau menanggapi tuntutan masyarakat untuk partisipasi yang lebih besar belum homogen. Sementara beberapa negara telah mempromosikan keterlibatan warga negara dalam desain dan pelaksanaan kebijakan kesehatan masyarakat (partisipasi program untuk pembuatan kebijakan), negara-negara lain telah mengembangkan kerangka kerja kelembagaan yang berorientasi pada mendengarkan pendapat warga dan evaluasi tentang isu-isu publik (partisipasi program untuk pemantauan).

Dalam uraian berikut, kami menggambarkan dan membandingkan partisipasi terprogram dalam sistem kesehatan masyarakat di dua wilayah di dunia yang secara historis memiliki negara kesejahteraan paling maju: Eropa Barat dan Amerika Latin.<sup>8</sup> Di setiap wilayah, kami menganalisis semua negara yang memiliki - atau undang-undang tingkat regional tentang partisipasi sipil dalam sistem perawatan kesehatan publik mereka sejak Deklarasi Alma-Ata, dan untuk itu ada cukup literatur yang telah menganalisisnya. Dalam

kasus Eropa, ini adalah Italia, Belanda, dan Portugal. Dalam kasus Amerika Latin, negara-negara yang dianalisis adalah Argentina, Bolivia, Brasil, Chili, Kolombia, Kuba, Ekuador, dan Venezuela.

Untuk pemilihan kasus, kami mencari semua literatur sekunder di perpustakaan digital JSTOR, Google Scholar, Scielo, PubMed, Taylor dan Francis, SAGE, dan Redalyc. Dalam pencarian kami, kami mencari istilah "partisipasi kesehatan," "lembaga partisipatif," dan "partisipasi warga negara" selama periode dua puluh tahun (1998-2018). Kami mencari artikel yang diterbitkan dalam bahasa Inggris, Portugis, dan Spanyol. Setelah artikel-artikel ini dikumpulkan, kami memfokuskan analisis kami pada kasus-kasus negara yang menyajikan lembaga partisipatif yang disetujui oleh negara (agar sesuai dengan konseptualisasi kami tentang "lembaga partisipatif" dan "partisipasi program)". Setelah membaca artikel-artikel itu, kami berkonsultasi dengan referensi yang dikutip yang relevan yang telah diterbitkan sebelum tahun 1998. Akhirnya, kami juga mencari dan menganalisis badan hukum yang melembagakan pengalaman partisipatif ini: undang-undang, keputusan, dan program kebijakan publik yang disetujui di masing-masing negara. Tinjauan kami memberi kami tidak hanya informasi tentang saat-saat di mana partisipasi programatik dalam kesehatan masyarakat diatur, tetapi juga cara-cara di mana lembaga-lembaga ini pada awalnya diatur dan dilaksanakan. Dalam kasus Brasil dan Argentina, kami juga melakukan pekerjaan lapangan. Dalam kasus Brasil, kami mewawancarai otoritas kesehatan masyarakat setempat dan anggota dewan kesehatan lokal di Porto Alegre dan Rio de



Janeiro selama musim panas tahun 2009 dan 2010. Di Argentina, kami mengumpulkan informasi arsip tentang proyek-proyek partisipatif lokal dan mewawancarai informan kunci secara berulang kesempatan antara 2010 dan 2018.

### Bagian 3. Bentuk Partisipasi dalam Sistem Kesehatan di Luar Negeri

Analisis komparatif lintas-nasional dari sebelas negara (delapan di Amerika Latin dan tiga di Eropa Barat) mengungkapkan perbedaan penting dalam jenis sistem perawatan kesehatan serta dalam proses reformasi mereka yang mengarah pada dimasukkannya lembaga partisipatif sektoral. Berkenaan dengan sistem perawatan kesehatan, ada beberapa tipologi yang memfokuskan dan menggabungkan variabel sistem yang berbeda seperti cakupan, pembiayaan, tata kelola, regulasi, kepemilikan layanan, dan penyediaan dan akses ke layanan (Blank et al., 2017; Conill et al., 2006; Moran, 1999, 2000; Tuohy, 2003; Wendt et al., 2009). Untuk Elemen ini, kami membangun berdasarkan tipologi Wendt et al (2009), yang membedakan antara sistem perawatan kesehatan berdasarkan (1) pembiayaan, (2) penyediaan layanan kesehatan, dan (3) regulasi. Dalam setiap dimensi, kami menganalisis sejauh mana kegiatan ini dipimpin oleh negara, oleh aktor sosial atau non-pemerintah, dan / atau oleh aktor berbasis pasar swasta atau. Dalam semua kasus negara kita, negara memonopoli peran pengaturan. Oleh karena itu, kami fokus pada dimensi keuangan dan penyediaan, di mana kami melihat variasi di seluruh kasus (lihat kolom "Fitur Sistem Kesehatan" pada Tabel 1).

Analisis lintas negara komparatif juga mengungkapkan bahwa di beberapa negara perbaikan sistem kesehatan dan reformasi desentralisasi diikuti oleh pengenalan mekanisme kelembagaan partisipatif. Desentralisasi, sebagian besar, adalah kondisi kemungkinan partisipasi warga dalam kesehatan masyarakat. Menurut Heller (2001, 132), kekecewaan terhadap negara-negara yang terpusat dan birokratis telah membuat seruan untuk desentralisasi menjadi sebuah artikel iman: "Memperkuat dan memberdayakan pemerintah daerah telah dibenarkan bukan Catatan: Informasi tentang variabel" Fitur Sistem Kesehatan "berasal dari Wendt (2009) dan sumber lainnya. Variabel "Fitur Partisipasi Program" didasarkan pada elaborasi penulis, sesuai dengan narasi kasus negara. (\*) Tanda-tanda positif (+) dan negatif (-) di bawah kegiatan partisipasi masyarakat sipil mencerminkan sejauh mana kegiatan-kegiatan itu lebih (+) atau kurang (-) menonjol dalam desain kelembagaan.

Fitur Sistem Kesehatan			Fitur Partisipasi Terprogram (*)				
Negara	Kuanyang layanan kesehatan	Penyediaan layanan kesehatan	Tahun Perkuat Disiplin Partisipasi Kesehatan	Asal Instansi	Konsultasi Pemerintahan	Eksekusi	Jenis Partisipasi Programatis
Italia	Pemerintah	Public Private	1978	Perbaikan Sistem Kesehatan	+	-	Pemantauan
Portugal	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private	1979	Perbaikan Sistem Kesehatan	+	-	Pemantauan
Kolumbia	Pemerintah dan Swasta	Public Private	1993	Desentralisasi Administrasi Sistem Kesehatan	+	+	Pemantauan
Belanda	Masyarakat	Private	2006	Perbaikan Sistem Kesehatan	+	+	Pemantauan
Kuba	Pemerintah	Public	1961	Revolusi Sosial	+	+	Pembuatan kebijakan
Brazil	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private	1988	Transisi menuju demokrasi	+	+	Pembuatan kebijakan
Chili	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private	1990	Transisi menuju demokrasi	+	+	Pembuatan kebijakan
Venezuela	Pemerintah dan Masyarakat	Public Private	1999	Belok kiri	+	+	Pembuatan kebijakan
Bolivia	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private	2002	Reformasi desentralisasi, diorientasikan oleh aliran Kiri	+	+	Pembuatan kebijakan
Ekuador	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private	2002	Reformasi desentralisasi, diorientasikan oleh aliran Kiri	+	+	Pembuatan kebijakan
Argentina	Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta	Public Private, People	2006	Belok kiri	+	+	Pembuatan kebijakan

Tabel 1 Partisipasi Programatik dalam Sistem Kesehatan di Eropa Barat dan Amerika Latin



Gambar 1 Partisipasi Programatik dalam Sistem Kesehatan di Eropa Barat dan Amerika Latin sejak Alma-Ata

dengan alasan membuat pemerintah lebih efisien tetapi juga dengan alasan meningkatkan akuntabilitas dan partisipasi. "Pengalaman yang dipulihkan dalam buku ini menggambarkan bahwa negara telah menciptakan lembaga untuk partisipasi warga dalam kesehatan setelah reformasi desentralisasi. Proses desentralisasi pemerintah pada gilirannya telah menempatkan lebih banyak tanggung jawab, dan kadang-kadang sumber daya dan otoritas, di pemerintah daerah, yang dengan demikian menjadi target dan lokasi tindakan kolektif yang signifikan yang bertujuan untuk mempengaruhi distribusi layanan sosial (Falleti, 2005, 2010a).

Seperti halnya fitur-fitur keuangan dan penyediaan layanan perawatan kesehatan, desain kelembagaan yang mempromosikan partisipasi warga dalam kesehatan masyarakat cukup beragam. Seperti dijelaskan dalam halaman-halaman berikut, analisis komparatif menunjukkan bahwa asal-usul institusional yang berbeda mengarah pada beragam jenis partisipasi program.

Dalam kasus kami, adopsi awal desain kelembagaan untuk mempromosikan partisipasi warga negara dalam kesehatan tertanam dalam (1) perbaikan administrasi sistem kesehatan (Italia, Portugal, dan Belanda); (2) proses desentralisasi pemerintahan (Kolombia, Bolivia, dan Ekuador); atau (3) proses reformasi politik yang lebih luas, seperti revolusi sosial (Kuba), transisi demokrasi (Brasil dan Chili), atau belokan kiri dalam pemerintahan (Venezuela dan Argentina). Tabel 1 daftar negara sesuai dengan jenis yang dihasilkan dari partisipasi program dalam kesehatan (kolom terakhir), dan kemudian secara kronologis pada tahun pertama ketika partisipasi dalam kesehatan diundangkan. Dua kolom pertama mencirikan sistem perawatan kesehatan, dan kolom lainnya adalah fitur partisipasi program. Tanda-tanda positif dan negatif di bawah kegiatan masyarakat sipil mencerminkan sejauh mana fitur-fitur tersebut menonjol dalam desain kelembagaan.

Gambar 1 mewakili negara-negara sampel kami sepanjang kontinum kelembagaan yang berawal dari tipe ideal partisipasi program untuk pemantauan (dengan hanya konsultasi dan kegiatan pemantauan) di satu sisi, ke tipe ideal partisipasi program untuk pembuatan kebijakan di sisi lain (termasuk kegiatan konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan).

Dalam analisis empiris berikut, kami menunjukkan bahwa jika lembaga partisipatif dalam kesehatan diciptakan sebagai bagian dari perombakan sistem kesehatan administratif, partisipasi program untuk pemantauan berlaku. Dalam kasus-kasus ini, kegiatan utama

yang dilakukan oleh masyarakat sipil adalah konsultasi dan pemantauan. Kegiatan-kegiatan ini dapat diwujudkan secara individu, kadang-kadang bahkan secara elektronik, dan tidak harus mengharuskan peserta untuk berkumpul bersama dengan anggota masyarakat lainnya. Dalam hal penetapan agenda di lembaga partisipatif, kita melihat peran yang lebih menonjol bagi negara, yang memiliki kata terakhir tentang apa yang harus dilakukan. Di ujung lain spektrum, jika lembaga partisipatif diciptakan sebagai bagian dari proses reformasi politik (seperti revolusi sosial, transisi demokrasi, atau pergantian politik ke kiri dalam pemerintahan), partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan berlaku. Kegiatan utama masyarakat sipil berpusat pada perencanaan (termasuk penetapan prioritas) dan pada pelaksanaan kegiatan program. Kegiatan-kegiatan ini mengandaikan bahwa anggota masyarakat berkumpul dan bekerja (kebanyakan tatap muka) secara kolaboratif. Masyarakat sipil cenderung memiliki peran yang lebih menonjol dalam menetapkan agenda partisipasi, dan mekanisme partisipasi langsung (tanpa perantara oleh organisasi) hadir dalam kasus-kasus ini. Akhirnya, dalam kasus-kasus di mana lembaga-lembaga partisipasi program dalam kesehatan diciptakan dalam konteks desentralisasi kebijakan pemerintah yang lebih umum, karakteristik masa depan dari lembaga-lembaga tersebut terkait erat dengan orientasi politik administrasi masa depan. Dua kasus yang berbelok ke kiri (Bolivia dan Ekuador) memperdalam reformasi untuk partisipasi masyarakat dan mengadopsi karakteristik partisipasi programatik masyarakat untuk pembuatan kebijakan,



sedangkan negara yang tidak (Kolombia) tetap menjadi kasus partisipasi programatik sipil untuk pemantauan.

### Reformasi Administrasi dan Partisipasi Terprogram untuk Monitoring

Kasus-kasus Italia, Portugal, Kolombia, dan Belanda adalah contoh negara-negara di mana partisipasi masyarakat dalam sistem perawatan kesehatan publik dilembagakan sebagai bagian dari perbaikan sistem perawatan kesehatan mereka yang lebih besar atau reformasi desentralisasi sektoral. Dalam kasus-kasus ini, kami menemukan bahwa kegiatan masyarakat sipil berpusat pada konsultasi (atau berbagi informasi) dan pemantauan, dengan peran sekunder (dan yang lebih baru) untuk perencanaan (dalam kasus Portugal dan Italia). Di antara keempat negara ini, negara pertama yang secara signifikan mereformasi sistem layanan kesehatannya dan mempromosikan partisipasi program komunitas dalam sektor ini adalah Italia, pada tahun 1978 - tahun yang sama dengan Deklarasi Alma-Ata. Di Portugal, partisipasi dalam kesehatan pertama kali diundangkan pada tahun 1979, meskipun tidak mulai diatur sampai tahun 1990. Di Kolombia, partisipasi dalam kesehatan diundangkan pada tahun 1993 dan di Belanda pada tahun 2006 (meskipun organisasi pasien telah memainkan peran penting dalam konsultasi setidaknya sejak 1990-an).

#### 3.1.1 Italia

Di Italia, partisipasi warga dilembagakan sebagai bagian dari proses reformasi sistem perawatan kesehatannya yang lebih luas, yang



terjadi pertama kali pada 1978 dan kemudian pada 1990-an. Pada tahun 1978, Layanan Kesehatan Nasional (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) dibentuk (UU 833). SSN Italia didirikan dengan tujuan menciptakan sistem perawatan kesehatan yang efisien dan seragam untuk mencakup seluruh populasi, terlepas dari pendapatan, kontribusi, pekerjaan, atau kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya, dan untuk mempromosikan kontrol dan partisipasi masyarakat. Sampai saat ini, SSN menyediakan cakupan universal yang sebagian besar gratis di pusat layanan untuk semua penduduk, dan perawatan darurat untuk pengunjung, terlepas dari kebangsaan mereka.

Inisiatif legislatif 1978 untuk menciptakan SSN dihasilkan dari tekanan sosial yang kuat, terutama yang melibatkan tuntutan perjuangan serikat pekerja dan gerakan sosial (Matos dan Serapioni, 2017, 4). Pada saat yang sama, reformasi perawatan kesehatan publik melayani tujuan pemilihan partai-partai besar di kanan dan kiri spektrum politik (Brown, 1984). Di sebelah kanan, Demokrat Kristen khawatir tentang pengendalian biaya. Mereka terkesan dengan pengalaman Inggris, di mana layanan kesehatan nasional telah membuat langkah besar untuk membuat akses lebih adil dengan biaya yang relatif terkandung - banyak pengamat pada saat itu menemukan penciptaan anggaran kesehatan nasional menjadi kunci keberhasilan sistem kesehatan Inggris (Brown, 1984). Dengan demikian, Demokrat Kristen mendukung terciptanya sistem perawatan kesehatan nasional. Di sisi kiri spektrum politik, partai-partai Komunis dan Sosialis diyakinkan bahwa eksekutif dan

sentralis masa lalu menuntut koreksi melalui desentralisasi dan partisipasi warga. Oleh karena itu, partai-partai Komunis dan Sosialis bersikeras bahwa SSN dikontrol masyarakat dan mempromosikan gagasan partisipasi warga negara (Brown, 1984).

Di jantung sistem baru adalah Unit Kesehatan Lokal (*Unità Sanitarie Locali*, USL), struktur organisasi yang kompleks dibuat untuk menyerap fungsi dana penyakit, mengambil kendali manajerial atas rumah sakit umum, dan bertanggung jawab atas kebutuhan kesehatan wilayah geografis. Berisi antara 50.000 dan 100.000 penduduk. Hampir 650 USL diciptakan pada saat reformasi. Mereka berada di bawah wewenang walikota kotamadya, dipimpin oleh komite pengguna sistem kesehatan (yaitu, konsumen menjadi staf dewan manajemen USL), dan dibiayai dengan transfer dari pemerintah pusat yang menetapkan kendala anggaran yang sulit. Anggota dewan manajemen USL mencerminkan keseimbangan kekuasaan di antara partai-partai politik di kotamadya, ketika partai-partai lokal memilih aktivis konsumen yang akan menjadi staf dewan ini (Brown, 1984, 79-80). USL diharapkan untuk mengawasi, mengatur, dan kadang-kadang memberikan perawatan komprehensif kepada masyarakat lokal (Brown, 1984, 82). Tetapi kompleksitas organisasional mereka dan fakta bahwa mereka melayani beberapa tuan (partai lokal chie, walikota, dan pemerintah pusat) membuat mereka sangat tidak efektif; lima tahun setelah reformasi, para peserta masih memperdebatkan peran USL. USL semakin diserang dan akan kemudian diubah.

Pada 1980-an ditandai oleh konflik yurisdiksi antara berbagai tingkat otoritas kesehatan, karena tanggung jawab mereka tidak jelas digambarkan, dan perencanaan tidak konsisten antara tingkat nasional dan regional. Di atas segalanya, masalah utama adalah kurangnya dana dari pemerintah daerah, yang tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan populasi mereka. Pemisahan antara pendanaan nasional dan belanja daerah dan daerah dianggap sebagai penyebab utama meningkatnya pengeluaran perawatan kesehatan. Hal ini, pada gilirannya, menyebabkan perawatan kesehatan menjadi sangat berbeda di utara dan selatan negara itu, menyebabkan kekhawatiran tentang kapasitas sistem perawatan kesehatan untuk menjamin persamaan hak bagi warga di seluruh negara (Ferré et al., 2014, 17).

Oleh karena itu, sejak 1990-an, Italia telah membuat langkah signifikan menuju federalisme, desentralisasi kekuatan politik, fiskal, dan administratif, melalui reformasi konstitusi utama (Baldini dan Baldi, 2014). Dengan demikian penyediaan kesehatan telah sangat terdesentralisasi, dengan tiga tingkat organisasi: nasional, regional, dan lokal. Tingkat nasional bertanggung jawab untuk memastikan tujuan umum dan prinsip dasar SSN. Pemerintah daerah, melalui departemen kesehatan regional mereka, bertanggung jawab untuk memastikan pengiriman paket manfaat melalui jaringan otoritas kesehatan lokal berbasis populasi (*Aziende Sanitarie Locali, ASLs*) dan rumah sakit umum dan swasta yang terakreditasi. Di tingkat lokal, SSN dikelola oleh lebih dari 200 ASL dengan sekitar 50.000 hingga 200.000 penduduk yang ditugaskan untuk masing-

masing. ASL, yang dibuat oleh Legislative Decree 502 tahun 1992, adalah versi yang lebih baru dari USL sebelumnya. Karena masalah manajerial dan perbedaan <sup>25</sup> tanggung jawab yang tidak jelas antara tingkat nasional dan lokal, USL diubah menjadi ASL, yang secara langsung bertanggung jawab kepada daerah (Ferré et al., 2014, 20-21). Skema pembiayaan campuran dibentuk yang menggabungkan pajak umum dan kontribusi asuransi kesehatan wajib, yang secara progresif pindah ke sistem berbasis pajak sepenuhnya (Ferré et al., 2014).

Topik partisipasi warga diperkenalkan kembali dengan Keputusan Legislatif 502 tahun 1992, yang menekankan fungsi pemantauan partisipasi warga. Keputusan ini memperkenalkan sistem kontrol kualitas berdasarkan penilaian pengguna layanan kesehatan (Serapioni dan Duxbury, 2014). Ini juga mendorong bentuk konsultasi partisipasi, karena mempromosikan kehadiran, di rumah sakit dan pusat kesehatan, asosiasi relawan yang terlibat dalam kegiatan perawatan pasien, serta dalam badan penasehat (Matos dan Serapioni, 2017, 4).

Ketidakpuasan dengan pengelolaan layanan kesehatan di antara berbagai sektor masyarakat, dalam konteks desentralisasi yang diucapkan mendukung wilayah Italia, mendorong pemerintah nasional untuk melakukan reformasi sistem perawatan kesehatan lainnya, seperti Keputusan Legislatif 229 tahun 1999. Di antara perubahan lainnya, keputusan ini menciptakan Konferensi Permanen untuk Perencanaan Sosial dan Kesehatan tingkat regional,

dengan tujuan mengoordinasikan partisipasi perwakilan kota dan masyarakat lokal (Serapioni dan Duxbury, 2014, 491). Sampai saat ini, bagaimanapun, ada beberapa pengalaman inovatif dalam partisipasi warga dalam sistem kesehatan regional di Italia. Di antara mereka, salah satu daerah yang paling maju adalah Emilia-Romagna, yang Undang-Undang Regional 19/1994 menyatakan bahwa pusat kesehatan dan rumah sakit harus menciptakan kondisi yang memadai bagi asosiasi pengguna untuk melakukan pekerjaan advokasi untuk mengusulkan peningkatan layanan. Undang-undang regional ini menetapkan pembentukan Komite Penasihat Campuran (MAC) yang terdiri dari pasien dan perwakilan pengguna, bersama dengan profesional kesehatan dan administrator. Peserta MAC mengevaluasi komite secara positif untuk komposisi campuran mereka, yang mengintegrasikan budaya yang berbeda, pengalaman, dan profil profesional dengan potensi untuk berkontribusi dalam memecahkan masalah perawatan kesehatan. Namun, pasien dan perwakilan pengguna menegaskan bahwa dalam praktiknya, mereka memberikan pengaruh yang lemah pada pengambilan keputusan, bahwa harapan mereka lebih besar dari hasil yang diperoleh, dan bahwa MAC gagal untuk mewakili beberapa kelompok sosial dan kebutuhan kesehatan tertentu dari populasi (Serapioni dan Duxbury, 2014, 494). Para profesional dan administrator kesehatan pada akhirnya memutuskan apakah mereka akan menerima rekomendasi dan prioritas asosiasi pasien dan pengalaman serta pengalaman asosiasi pasien, dan kolaborasi masih jarang dihargai dalam debat perawatan kesehatan (Goss dan Renzi, 2007, 238, 240).

Kementerian Kesehatan Italia mengembalikan komitmennya untuk mendorong berbagai bentuk partisipasi warga dalam Rencana Kesehatan Nasional 2006-2008, termasuk partisipasi langsung warga negara / pasien dalam keputusan mengenai perawatan dan perawatan kesehatan dan partisipasi organisasi yang mewakili masyarakat sipil (misalnya, asosiasi pasien) dalam menentukan politik perawatan kesehatan (Serapioni dan Duxbury, 2014). Meskipun penekanan baru pada partisipasi yang berorientasi pada pembuatan kebijakan, warga memiliki peran yang sangat terbatas dan kadang-kadang hanya digunakan untuk menginformasikan atau membenarkan keputusan yang diambil oleh orang lain (Goss dan Renzi, 2007).

Singkatnya, di Italia, partisipasi mencakup peran aktif warga negara dalam konsultasi, pemantauan, dan pada tingkat yang lebih rendah, merencanakan layanan kesehatan di tingkat regional, distrik, dan lokal. Kerangka kerja normatif Italia mengakui perlunya menyediakan pasien dengan instrumen yang tepat untuk membahas lembaga dan layanan (konsultasi), dan untuk mengekspresikan pendapat dan evaluasi mengenai layanan perawatan kesehatan (pemantauan) (Goss dan Renzi, 2007, 238).

### 3.1.2 Portugal

Selama transisi ke demokrasi, Konstitusi 1976 melembagakan Portugal sebagai negara kesatuan dan desentralisasi yang diorganisir berdasarkan prinsip-prinsip subsidiaritas, otonomi pemerintah



daerah, dan desentralisasi demokratis layanan publik (Nunes Silva, 2017). Konstitusi melembagakan sistem pemerintahan sendiri lokal yang baru, sistem subnasional dengan tiga tingkatan-wilayah administratif, yang belum diimplementasikan; kota; dan paroki - semuanya dengan badan yang dipilih langsung dan dengan otonomi politik-administrasi dan keuangan. Sejak 1976, kompetensi kotamadya telah berkembang. Segera setelah transisi demokrasi 1974, peran kotamadya sangat terfokus pada infrastruktur. Sejak itu, peran mereka dalam layanan sosial telah meningkat (Nunes Silva, 2017, 10). Namun, di sektor-sektor seperti pendidikan, perlindungan sipil, kesehatan, perumahan sosial, keadilan, dan bahkan infrastruktur jalan, yang merupakan kewajiban sosial negara, pemindahan atau pendelegasian fungsi ke kota-kota telah menjadi pemalu dan belum mengarah pada otonomi kota di pelaksanaan kebijakan (Nunes Silva, 2017, 14).

Berkenaan dengan kesehatan, Portugal pertama mengakui hak atas kesehatan dalam Konstitusi 1976. Di bawah tekanan politik untuk mengurangi kesenjangan kesehatan yang besar, pemerintah yang demokratis menciptakan Sistem Kesehatan Nasional universal saat ini (*Serviço Nacional de Saúde, SNS*), pada tahun 1979, yang komprehensif (berbagai layanan) dan "kira-kira" gratis (World Health) Organisasi, 2008). Undang-undang tahun 1979 yang menetapkan SNS menetapkan prinsip-prinsip kontrol terpusat dengan manajemen terdesentralisasi. Terlepas dari pengembangan sistem kesehatan yang dibiayai publik dan disediakan, beberapa fitur dari sistem sebelumnya tetap tidak berubah, yaitu subsistem

kesehatan, yang terus mencakup berbagai pegawai negeri (pegawai negeri) dan pegawai swasta (misal, Mereka yang berada di perusahaan perbankan dan asuransi, layanan Pos). Undang-undang ini memulihkan sifat partisipatif dari konstitusi nasional (Konstitusi Nasional, pasal 64), dan mempromosikan partisipasi pengguna sistem kesehatan dalam perencanaan dan evaluasi layanan (UU 56 tahun 1979, pasal 19). Undang-undang tersebut mendorong partisipasi pengguna dalam perencanaan dan pengelolaan layanan melalui Dewan Kesehatan Nasional dan Regional dan Komisi Dukungan pusat kesehatan (UU 56 tahun 1979, pasal 23). Ini juga menyoroti kemungkinan bahwa pengguna mengajukan keluhan individu atau kolektif ketika layanan tidak menjamin hak-hak mereka (UU 56 tahun 1979, pasal 13). Namun, baru pada Undang-Undang Pedoman Kesehatan 35 tahun 1990 partisipasi masyarakat dalam kesehatan masyarakat akan mulai diatur (Crisstomo et al., 2017, 10).

Setelah pembentukan SNS, kebijakan kesehatan Portugis melewati beberapa periode reformasi: dari pengembangan alternatif ke layanan publik (pada awal 1980-an), hingga promosi mekanisme pasar (pada awal hingga pertengahan 1990-an), dan pengenalan sejumlah kebijakan yang menjauh dari ketentuan layanan kesehatan yang digerakkan oleh pasar (pada akhir 1990-an). Pada awal abad ke-20, SNS menjadi sistem campuran, berdasarkan interaksi antara sektor publik dan swasta, mengintegrasikan perawatan primer, sekunder, dan jangka panjang. Oleh karena itu, sistem kesehatan Portugis ditandai oleh tiga sistem yang hidup berdampingan dan tumpang tindih: SNS; subsistem kesehatan, skema asuransi kesehatan



yang keanggotaannya didasarkan pada kelompok profesional atau pekerjaan atau perusahaan; dan asuransi kesehatan sukarela swasta (Simões et al., 2017).

Selama periode promosi mekanisme pasar pada awal hingga pertengahan 1990-an, ada pemisahan antara negara sebagai penentu sistem kesehatan dan sektor swasta sebagai penyedia layanan, yang dikontrak oleh negara. Faktanya, peran utama yang diberikan kepada sektor swasta dalam penyediaan perawatan menyebabkan diskriminasi dalam hal akses ke layanan kesehatan dan membawa masalah kesetaraan ke permukaan debat publik sekali lagi (Serapioni dan Matos, 2014, 228). Pada saat ini, reformasi yang berupaya mendorong partisipasi warga dalam kesehatan diilhami oleh prinsip-prinsip neoliberal Manajemen Publik Baru. Undang-undang Pedoman Kesehatan 35 tahun 1990 dan undang-undang Layanan Kesehatan Nasional tahun 1993 menyebutkan jenis partisipasi konsultasi di berbagai bidang dan tingkat sistem. Di papan rumah sakit, misalnya, komite konsultasi menyertakan perwakilan dari asosiasi pengguna. Pada tingkat perawatan primer, dewan konsultasi diciptakan untuk mempromosikan partisipasi publik (Matos dan Serapioni, 2017, 5). Sebagai hasil dari kerangka kelembagaan baru ini, asosiasi pasien mulai memainkan peran penting dalam partisipasi dalam kesehatan dan muncul sebagai aktor kolektif baru dengan visibilitas yang meningkat (Nunes et al., 2007). Mereka mendapatkan peran penting dalam mewakili dan membela pasien, yang memiliki konsekuensi dalam reformasi kesehatan berikutnya (Matos dan Serapioni, 2017, 5).

Baru-baru ini, protes dan mobilisasi sosial terhadap penutupan pusat kesehatan darurat dan ruang bersalin yang dipicu oleh krisis ekonomi (2006-2007), menyebabkan Keputusan 28 tahun 2008 (Serapioni dan Matos, 2014, 228). Keputusan ini membentuk Kelompok Pusat Kesehatan (Agrupamentos dos Centros de Saúde, ACES) dengan tujuan mengurangi kesenjangan kesehatan dan mengatasi marginalisasi perawatan primer. Dekrit tersebut juga membentuk Dewan Komunitas di tingkat lokal untuk mendorong partisipasi berbagai aktor lokal dalam pengambilan keputusan dan pengorganisasian layanan kesehatan. Namun, dalam praktiknya, warga masih memiliki peluang langka untuk berpartisipasi dalam kesehatan (Matos dan Serapioni, 2017, 7).

Asosiasi pasien di Portugal telah membuka arena baru untuk debat dan mengusulkan alternatif untuk tata kelola kesehatan, serta praktik perawatan kesehatan. Di dalam pusat-pusat kesehatan, dewan penasihat masyarakat memberi warga kesempatan untuk mengevaluasi kinerja pusat-pusat kesehatan (pemantauan) tetapi juga untuk menyatakan pendapat mereka tentang masalah kesehatan (konsultasi). Berbagai inisiatif telah berupaya untuk mempromosikan partisipasi warga negara: (1) penciptaan observatorium di masing-masing dari lima pemerintah daerah, yang bertujuan untuk meningkatkan layanan dan meningkatkan kepuasan pengguna; (2) pembuatan saluran telepon langsung antara pasien dan dokter; (3) formalisasi prosedur untuk tuntutan dan pengaduan; dan (4) pembuatan dewan penasihat dengan partisipasi pengguna, bertujuan mendukung manajemen pusat kesehatan dan rumah sakit dari

perspektif pengguna layanan (Matos dan Serapioni, 2017, 5). Inisiatif ini menggarisbawahi fakta bahwa di Portugal, seperti di Belanda dan Italia, keterlibatan masyarakat dalam kesehatan masyarakat dihasilkan dari proses reformasi pasar yang lebih besar, di mana peserta sebagian besar terlibat sebagai konsumen, yang paling penting mengevaluasi layanan dan menyampaikan pendapat mereka, apakah secara individu atau dalam kelompok (seperti dalam asosiasi pasien dan dewan penasihat). Dengan kata lain, di Portugal, partisipasi mencakup peran aktif warga dalam konsultasi dan pemantauan layanan kesehatan, tetapi pada tingkat yang lebih rendah dalam perencanaan mereka. Keterlibatan masyarakat dalam kesehatan masyarakat dihasilkan dari proses reformasi pasar yang lebih besar, di mana peserta sebagian besar dilibatkan sebagai konsumen, yang paling penting mengevaluasi layanan dan menyatakan pendapat mereka, baik secara individu atau dalam kelompok (seperti dalam asosiasi pasien dan dewan penasihat). Dengan kata lain, di Portugal, partisipasi mencakup peran aktif warga dalam konsultasi dan

pemantauan layanan kesehatan, tetapi pada tingkat yang lebih rendah dalam perencanaan mereka. Partisipasi mencakup peran aktif warga dalam konsultasi dan pemantauan layanan kesehatan, tetapi pada tingkat yang lebih rendah dalam perencanaan mereka. Partisipasi mencakup peran aktif warga dalam konsultasi dan pemantauan layanan kesehatan, tetapi pada tingkat yang lebih rendah dalam perencanaan mereka.

### 3.1.3 Kolombia

Sistem kesehatan Kolombia terdiri dari sektor jaminan sosial besar yang dibiayai dengan sumber daya publik dan sektor swasta yang menyusut. Afiliasi ke sistem adalah wajib dan dilakukan melalui entitas yang mempromosikan kesehatan publik dan swasta (Guerrero et al., 2011). Sistem ini diatur oleh Kementerian Kesehatan dan diorganisasikan di sekitar Sistem Umum Jaminan Sosial dalam Kesehatan (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS).

Partisipasi dalam kesehatan di Kolombia mengikuti jejak proses desentralisasi pemerintahan yang lebih umum yang mencakup tahun 1980-an dan 1990-an, dan sebagian dikristalisasi dalam reformasi konstitusi tahun 1991. Selama proses ini, sistem kesehatan nasional juga direstrukturisasi. Reformasi perawatan kesehatan di Kolombia adalah hasil dari ketidakpuasan sosial yang berkembang dengan sistem sebelumnya. Dalam konteks krisis Negara nasional, ditantang oleh kekerasan internal dan perang, kedua aktor baru di bidang kesehatan (seperti perusahaan obat-obatan prabayar) dan tuntutan sosial baru (diwakili dalam gerakan

protes sipil regional dan lokal) muncul (Restrepo et al., 1996). Dalam konteks ini, reformasi kesehatan tahun 1993 adalah hasil dari diskusi hangat di Kongres, di mana posisi tim-tim teknokrat baru yang terlatih dalam ekonomi baru kesehatan mendominasi perdebatan dan mendukung desentralisasi dan partisipasi masyarakat dalam kesehatan (Hernández, 2002).

Undang-undang 100 tahun 1993 menciptakan SGSSS, berdasarkan pada persaingan antara perusahaan asuransi kesehatan dan penyedia layanan kesehatan dan dewan kesehatan teritorial sebagai badan konsultasi di mana entitas dan aktor teritorial dapat berpartisipasi. Dekrit pengaturan 1.757 tahun 1994 mempromosikan partisipasi dalam organisasi dan kontrol sistem (baik langsung maupun tidak langsung), dan pada tahun 2011, UU 1.438 (pasal 3), memperkuat peran pengawasan partisipasi sosial. Partisipasi langsung mencakup pembelaan terhadap hak-hak individu, berdasarkan pengaduan dan klaim dari pengguna, melalui Sistem Informasi dan Bantuan Pengguna Layanan Kesehatan dan kantor layanan pengguna. Warga dapat menggunakan saluran telepon, kotak saran, dan kantor layanan pelanggan. Partisipasi tidak langsung memerlukan partisipasi masyarakat melalui organisasi mereka. Jenis partisipasi ini dilembagakan melalui Komite Partisipasi Masyarakat (Comités de Participación Comunitaria atau COPACOs), di mana asosiasi pengguna dan komite etika rumah sakit fokus pada pemantauan lembaga kesehatan. COPACO melibatkan pertemuan tingkat kota antara berbagai aktor sosial dan Negara (Delgado-Gallego dan Vázquez-Navarrete, 2006). Namun, seperti yang

dikemukakan Mayka (2019), sangat sedikit COPACO yang telah dilembagakan dan yang ada sangat lemah. Namun, seperti yang dikemukakan Mayka (2019), sangat sedikit COPACO yang telah dilembagakan dan yang ada sangat lemah. Namun, seperti yang dikemukakan Mayka (2019), sangat sedikit COPACO yang telah dilembagakan dan yang ada sangat lemah.

Sebagai kesimpulan, di Kolombia, partisipasi melibatkan pemantauan dan konsultasi. Seperti yang dikemukakan Delgado-Gallego dan Vázquez-Navarete (2006, 130), partisipasi dalam kesehatan di Kolombia dipandang berdasarkan rasionalitas politik baru, yang mengorganisasi penyediaan perawatan kesehatan mengikuti model pasar dan mempromosikan kontrol kualitas layanan oleh pengguna. Mengenai pengambilan keputusan kebijakan, hanya tenaga kesehatan dan organisasi sosial terpilih yang dimasukkan (Noboa et al., 2011). Hasilnya adalah lembaga partisipatif dengan otoritas formal terbatas, implementasi tidak konsisten, dan legitimasi lemah (Mayka, 2019).

#### 3.1.4 Belanda

Di antara kelompok negara yang mempromosikan partisipasi warga negara dalam konteks reformasi manajemen dan administrasi, Belanda menonjol sebagai contoh partisipasi dalam kesehatan oleh para pemangku kepentingan kesehatan yang relevan. Secara konstitusional, Belanda adalah “negara kesatuan yang terdesentralisasi,” dengan sistem pemerintahan yang terdesentralisasi (Toonen, 1987). Reformasi desentralisasi dimulai dengan pergantian



neoliberal tahun 1980-an. Mantan Menteri Dalam Negeri dan Hubungan Kerajaan 1980 "dokumen kebijakan desentralisasi" dari Hans Wiegel adalah titik awal dari gelombang reformasi ini (Selnes dan Kuindersma, 2006). Sejak itu, desentralisasi kebijakan nasional ke arah pemerintah tingkat bawah (baik provinsi atau kota) telah terjadi (Haasnoot, 2012). Dan sejak 2015 kota telah diberi tanggung jawab yang lebih besar mengenai kebijakan sosial.

Partisipasi warga dalam perawatan kesehatan dilembagakan sebagai bagian dari reformasi yang lebih luas dari seluruh sistem perawatan kesehatan. Menurut Konstitusi negara itu, pemerintah Belanda berkomitmen untuk memelihara sistem perawatan kesehatan yang menyediakan akses ke perawatan medis penting yang berkualitas baik. Selama beberapa dekade dan hingga 2006, Belanda memiliki sistem asuransi kesehatan wajib dan terfragmentasi untuk perawatan medis dasar yang mencakup sebagian besar penduduk Belanda. Yang lain harus mengambil asuransi kesehatan swasta di mana beberapa kelompok risiko dapat memperoleh penawaran kebijakan yang ditetapkan secara hukum, cakupan standar. Fragmentasi ini berakhir pada tahun 2006 dengan diperkenalkannya satu rezim asuransi wajib yang mencakup semua penduduk Belanda. Dalam skema asuransi wajib tunggal ini, banyak perusahaan asuransi kesehatan swasta bersaing memperebutkan orang yang diasuransikan. Negara mengubah perannya dari mengarahkan langsung sistem ke menjaga proses dari kejauhan. Tanggung jawab telah dialihkan ke perusahaan asuransi, penyedia, dan pasien. Pemerintah hanya mengontrol kualitas, aksesibilitas, dan



keterjangkauan layanan kesehatan. Sehubungan dengan pembiayaan, semua warga negara Belanda berkontribusi pada skema ini dengan dua cara. Pertama, mereka membayar premi langsung ke asuransi kesehatan pilihan mereka. Kedua, kontribusi pemberi kerja yang bergantung pada pendapatan dikurangkan melalui penggajian mereka dan ditransfer ke Dana Asuransi Kesehatan. Sumber daya dari dana ini kemudian dialokasikan di antara perusahaan asuransi kesehatan sesuai dengan sistem penyesuaian risiko. Akhirnya, dalam hal ketentuan, penyedia layanan kesehatan swasta terutama bertanggung jawab untuk penyediaan layanan kesehatan (Schäfer et al., 2010).

Reformasi sistem kesehatan yang komprehensif ini adalah hasil dari perdebatan bertahun-tahun, yang dipimpin oleh otoritas Belanda yang dipengaruhi oleh pergantian neoliberal pada 1980-an. Sebuah komite yang diketuai oleh mantan CEO Philips Wisse Dekker merekomendasikan pada tahun 1986 peningkatan persaingan antara dokter dan perusahaan asuransi kesehatan, dengan tujuan utama mengendalikan biaya kesehatan dalam konteks populasi yang menua (Haasnoot, 2012). Namun, karena banyak oposisi publik, butuh waktu hingga 2005 untuk Parlemen untuk lulus reformasi ini, yang sebagian terinspirasi oleh Rencana Dekker.

Asuransi Kesehatan dan Undang-Undang Perawatan Kesehatan, yang mulai berlaku pada 1 Januari 2006, bertemu dengan konsensus publik yang luas. Asosiasi konsumen mendukung reformasi ini, menyukai kemungkinan meningkatnya pilihan dan

suara bagi tertanggung. Sebaliknya, kelompok medis, terutama dokter umum, menentang reformasi, yang mereka lihat sebagai ancaman terhadap upah dan pendapatan mereka (Cohu et al., 2006, 221-223).

Begitu berlaku, Undang-Undang Perawatan Kesehatan (Wet Marktordening Gezondheidszorg, WMG) mulai mengatur berbagai masalah, termasuk pembentukan Otoritas Perawatan Kesehatan Belanda (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa). Ini mendefinisikan tugas, wewenang, dan instrumennya, serta hubungan antara NZa, Kementerian Kesehatan, dan otoritas pengawas dan pengawas lainnya (Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan, dan Olahraga, 2011, 14). Salah satu tujuan WMG adalah untuk merangsang partisipasi sosial warga negara.

Di tingkat nasional, partisipasi aktor sosial dalam sistem perawatan kesehatan terjadi di dalam Dewan Kesehatan Nasional (Gezondheidsraad), yang merupakan badan penasehat resmi pemerintah, termasuk Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan, dan Olahraga. Dewan menyatukan para pemangku kepentingan dan para ahli tentang topik-topik tertentu, atas permintaan pemerintah pusat atau atas inisiatifnya sendiri (Den Exter et al., 2004). Belanda adalah contoh partisipasi warga negara melalui organisasi. Lammers (1988, dikutip oleh Lamping et al., 2012, 213) mengkarakteristikan sistem perawatan kesehatan Belanda sebagai pengaturan antar organisasi, yaitu, lapisan lembaga perantara dengan organisasi perwakilan yang

diamanatkan "dari bawah" dan organisasi kontrol diamankan "dari atas" berinteraksi.

Dalam kasus Belanda, organisasi pasien sering diminta untuk mewakili kepentingan pasien dalam pengambilan keputusan formal. Model ini, yang dapat digambarkan sebagai neo-korporatist (Van de Bovenkamp et al., 2010), mempromosikan interaksi tiga jenis organisasi: kelompok profesional, asuransi kesehatan Belanda, dan organisasi pasien. Ada banyak dan beragam organisasi pasien di Belanda. Biasanya, dua kelompok dibedakan: organisasi umum yang membela kepentingan pengguna umum layanan kesehatan dan organisasi kategori yang menyatukan pasien dengan kondisi atau penyakit tertentu (seperti diabetes atau kanker). Banyak organisasi pasien, dari kedua kategori, berada di bawah payung Federasi Pasien dan Organisasi Konsumen di Belanda (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) yang didirikan pada tahun 1992 (Schäfer et al., 2010, 31) dan pemimpin dalam perwakilan konsumen perawatan kesehatan vis-à-vis pemerintah, sementara organisasi pasien penyakit tertentu tertinggal (Van de Bovenkamp et al., 2010, 83 ).

Di tingkat kota, partisipasi masyarakat dalam kesehatan dilembagakan dengan Undang-Undang Dukungan Sosial (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo), yang menjadi undang-undang pada tahun 2007. Menurut Wmo ini, pemerintah kota bertanggung jawab atas desain dan implementasi kebijakan dukungan sosial untuk mereka penghuni. Prinsip panduan Wmo adalah partisipasi: otoritas kota harus mempromosikan partisipasi

masyarakat sipil, termasuk mereka yang dianggap rentan. Otoritas lokal bertanggung jawab atas kebijakan sosial ini, yang harus mempertimbangkan kebutuhan penerima dan lingkungan tempat tinggal mereka. Oleh karena itu, otoritas kota memiliki tingkat kebebasan kebijakan yang cukup besar dalam mengimplementasikan kebijakan sosial nasional di tingkat lokal, termasuk yang terkait dengan partisipasi masyarakat dalam kesehatan.

Sebagian besar otoritas kota bekerja dengan dewan Wmo setempat, yang mencakup perwakilan dari berbagai kelompok kepentingan. Pengambilan keputusan dalam sistem perawatan kesehatan Belanda ditandai dengan konsultasi antara pemerintah dan kelompok pemangku kepentingan (Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan, dan Olahraga, 2011). Badan-badan konsultan memainkan peran penting dalam proses ini, dan jumlahnya meningkat pesat hingga tahun 1990. Namun, seiring semakin banyaknya badan konsultan yang cenderung mengaburkan proses pengambilan keputusan, pemerintah Belanda mulai mengurangi jumlah mereka setelah awal 1990-an (Schäfer). et al., 2010). Pada tahun 2008, organisasi struktur konsultasi ke Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan, dan Olahraga lebih lanjut direvisi, menghasilkan integrasi Dewan Penasehat Penelitian Kesehatan (Raad voor Gezondheidsonderzoek, RGO) ke dalam Dewan Kesehatan (Schäfer et al., 2010, 26).

Meskipun sistem kesehatan Belanda mempromosikan partisipasi warga negara dalam penjabaran kebijakan, pemerintah

kota bebas untuk membuat semua pengaturan yang diperlukan yang mereka anggap perlu. Oleh karena itu, meskipun disarankan untuk mempertimbangkan pendapat warga dan pemangku kepentingan, pendapat tersebut tidak mengikat. Dalam konteks akuntabilitas horisontal, otoritas kota di Belanda juga diwajibkan untuk mengisi kuesioner tahunan tentang kinerja dan untuk menyelidiki tingkat kepuasan di antara pelamar dukungan sosial. Informasi ini diterbitkan setiap tahun sebelum 1 Juli. Otoritas kota juga diberi mandat untuk membuat perincian ini tersedia untuk umum. Publikasi data ini memungkinkan organisasi sosial publik dan sipil untuk membandingkan kinerja berbagai pemerintah kota.

Akuntabilitas untuk kebijakan yang ditempuh, karenanya, diberikan secara horizontal, tidak vertikal seperti dalam kasus pemantauan lainnya. Di Belanda, otoritas kota bertanggung jawab kepada dewan lokal dan publik pertama, dan hanya yang kedua kepada otoritas nasional (Kementerian Kesejahteraan Kesehatan dan Olahraga, 2011, Schäfer et al., 2010). Oleh karena itu, partisipasi melibatkan keterlibatan organisasi sosial yang terkait dengan kesehatan baik dalam konsultasi dan pemantauan sistem.

### Reformasi Politik dan Partisipasi Terprogram dalam Pembuatan Kebijakan

Di tujuh negara lainnya, adopsi lembaga untuk partisipasi warga adalah hasil dari proses reformasi politik yang lebih umum, seperti revolusi sosial (Kuba), transisi demokrasi (Brasil dan Chili),

atau pendalaman demokrasi sebagai bagian dari Amerika Latin belok kiri (Venezuela, Argentina, Ekuador, dan Bolivia). Dalam kasus-kasus ini, kami menemukan bahwa jenis partisipasi programatik masyarakat yang dipromosikan lebih berorientasi pada pembuatan kebijakan dan lebih sedikit ke arah pemantauan. Sebagai akibatnya, kegiatan masyarakat sipil utama meliputi perencanaan dan pelaksanaan, di samping kegiatan konsultasi dan pemantauan yang juga kami temukan dalam kasus-kasus yang didorong oleh reformasi administrasi. Di banyak lembaga kesehatan partisipatif ini, masyarakat sipil menetapkan agenda kolektif dan dalam sebagian besar kasus anggota masyarakat sipil dapat berpartisipasi (dengan atau tanpa organisasi perantara). Narasi kasus negara yang mengikuti diperintahkan secara kronologis berdasarkan tahun ketika institusi partisipatif di sektor kesehatan pertama kali dimasukkan dalam undang-undang.

### 3.2.1 Kuba

Di Kuba, sejak revolusi 1959, Negara telah mengatur, membiayai, dan menyediakan layanan perawatan kesehatan. Layanan-layanan ini beroperasi dengan prinsip bahwa kesehatan adalah hak sosial yang tidak dapat dicabut, yang mendefinisikan Sistem Kesehatan Nasional Kuba (Sistema Nacional de Salud, SNS) yang dibuat pada tahun 1960 (UU 41). Komisi kesehatan masyarakat dibentuk pada tahun 1961 untuk menerapkan kebijakan kesehatan, dan komisi semacam itu adalah kunci keberhasilan masa depan sistem kesehatan Kuba. Dalam komisi-komisi ini, organisasi teritorial dan sosial hanya

dipanggil untuk membantu para profesional kesehatan dalam pengiriman kampanye kesehatan - seperti kampanye vaksinasi (Feinsilver, 1993, 3), tetapi mereka tidak memerlukan keterlibatan substansial dari masyarakat lokal dalam penjabaran atau pemantauan kebijakan.

SNS Kuba adalah sistem perawatan kesehatan tunggal, komprehensif, regional, dan terdesentralisasi. Ini memiliki tiga tingkat administrasi: nasional, provinsi, dan kota. Tanggung jawab, bidang kompetensi, dan sumber daya didesentralisasi ke tingkat provinsi dan kota, yang menjamin yurisdiksi lokal kemampuan untuk merespons secara efektif permintaan dan kebutuhan masing-masing masyarakat (Pan-American Health Organization, 2001). Direktorat kesehatan provinsi dan kota secara administratif berada di bawah majelis provinsi dan kota, dari mana mereka menerima anggaran, persediaan, tenaga kerja, dan pemeliharaan. Setiap provinsi membentuk sistem kesehatan lokal di kotamadya (Dominguez-Alonso dan Zacea, 2011).

Sejak Alma-Ata, desentralisasi kesehatan terus memperkuat fondasi untuk partisipasi sosial di Kuba (Pan-American Health Organization, 2001, Spiegel et al., 2012). Setelah runtuhnya Uni Soviet pada tahun 1991, Kuba mengalami periode krisis ekonomi mendalam yang dikenal sebagai "periode khusus," yang berlangsung hingga akhir 1990-an. Pada saat ini, pemerintah Kuba mengambil pengalaman dari gerakan "kotamadya yang sehat" (atau *Municipios Saludables*), yang datang bersama selama Konferensi Internasional



tentang Promosi dan Kesetaraan Kesehatan di Bogotá, Kolombia, pada tahun 1992. Gerakan Kota Sehat mempromosikan Gagasan bahwa pemerintah daerah, lembaga, organisasi publik dan swasta, pemilik, pengusaha, pekerja, dan masyarakat pada umumnya harus mencurahkan upaya terus-menerus untuk meningkatkan kondisi kehidupan, lingkungan kerja, dan budaya populasi di wilayah tertentu (Sanabria Ramos dan Benavides López, 2003, 139–40). Kuba adalah pelopor dalam mempromosikan gerakan Kota Sehat; pada tahun 1995, ia menciptakan Jaringan Kota Sehat.

Juga pada tahun 1995, Dewan Kesehatan Nasional dibentuk; terdiri dari lembaga, otoritas, organisasi, dan lembaga yang campur tangan dalam produksi sosial kesehatan. Dewan Kesehatan Nasional memiliki perwakilan dari tingkat provinsi dan kota. Di tingkat lokal, partisipasi sosial memiliki nukleus terkecil dan paling penting dalam Dewan Rakyat dan Dewan Kesehatan Rakyat, “yang bertindak sebagai organ untuk koordinasi dengan otoritas eksekutif tertentu, sehingga memberikan ekspresi konkret pada konsep desentralisasi administrasi dan publik. Partisipasi dalam pengambilan keputusan dan dalam pemerintahan negara ”(Pan-American Health Organization, 2001, 3). Dewan-dewan ini harus bekerja bersama dengan warga dan organisasi sosial (Konstitusi Kuba, Artikel 103) dan menanggapi terutama permintaan warga lokal dan perwakilan dari organisasi masyarakat (Spiegel et al., 2012 ).

Dengan demikian, partisipasi programatik dalam bidang kesehatan didefinisikan sebagai salah satu tujuan utama sektor

kesehatan di Kuba. Untuk meningkatkan partisipasi sosial, dewan kesehatan ada di semua tingkatan pemerintahan; mereka membuat diagnosa situasi kesehatan, menggambar rencana aksi, dan mengusulkan solusi lintas sektoral di wilayah dan wilayah yang sesuai (Pan-American Health Organization, 2001). Di tingkat yang lebih lokal, Dewan Kesehatan Rakyat, tingkat paling bawah dari pemerintah Kuba, bertanggung jawab tidak hanya untuk memantau kebijakan kesehatan tetapi juga merencanakan dan melaksanakan program kesehatan - misalnya, program pendidikan kesehatan atau kampanye vaksinasi (Keck dan Reed, 2012, 17). Selanjutnya, dimasukkannya individu dan perwakilan dari organisasi masyarakat dalam dewan kesehatan lokal menyediakan ruang untuk keterlibatan publik yang lebih luas dan diskusi tentang keprihatinan masyarakat lainnya (Spiegel et al., 2012). Ini dapat dikatakan, di Kuba, di mana promosi keterlibatan sipil adalah hasil dari revolusi sosial dan program sosialis untuk perawatan kesehatan, partisipasi dalam kesehatan mencakup empat jenis kegiatan masyarakat sipil yang sebelumnya diidentifikasi: konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan.dan eksekusi.dan eksekusi.

### 3.2.2 Brasil

Selama transisi politiknya ke demokrasi, Brasil menciptakan Sistem Kesehatan Tunggal Nasional (Sistema Único de Saúde, SUS), sebagai bagian dari Konstitusi baru tahun 1988 (pasal 198). Dalam artikel 194 dan 198, Konstitusi mempromosikan partisipasi warga negara dalam

pengembangan dan pelaksanaan jaminan sosial, yang melibatkan partisipasi warga negara dalam masalah kesehatan (Falleti, 2010b; Harris, 2017; Lima et al., 2005). Juga, pada tahun 1988, Konstitusi mendesentralisasi layanan SUS ke negara bagian dan kota. Dalam konteks ini, dan sebagian besar karena pengaruh pergerakan sektor kesehatan dokter dan praktisi kesehatan yang dikenal sebagai gerakan sanitarista, kotamadya perawatan kesehatan primer dan partisipasi warga menjadi landasan SUS (Montekio et al., 2011). SUS mencakup 75 persen populasi. Sejalan dengan itu, sektor swasta kesehatan yang berkembang ada, yang meliputi Sistem Perawatan Medis Tambahan (Sistema de Atenco Médica Supletiva, SAMS) dan pembayaran pencairan langsung oleh individu. (Montekio et al., 2011, 122-123).

SUS menyediakan layanan dengan cara yang terdesentralisasi melalui jaringan klinik, rumah sakit, dan fasilitas federal, negara bagian, dan jenis kota lainnya, serta dengan mengontrak layanan perusahaan swasta, yang melengkapi cakupan kesehatan dengan layanan publik. SAMS adalah sistem skema asuransi yang mencakup obat kelompok dengan rencana kesehatan untuk perusahaan dan keluarga, koperasi medis, rencana yang dikelola sendiri atau sistem asuransi, dan rencana pribadi perorangan. Subsistem pencairan langsung terdiri dari rumah sakit, klinik, dan laboratorium swasta yang tidak terkait dengan SUS, meskipun diatur oleh otoritas kesehatan dan digunakan terutama oleh populasi berpenghasilan tinggi (Montekio et al., 2011).

Undang-undang 8.080 tahun 1990 mengatur akses ke dan penyediaan kesehatan dan menetapkan bahwa kesehatan adalah hak semua orang dan kewajiban negara, dijamin melalui kebijakan sosial dan ekonomi yang bertujuan mengurangi risiko penyakit, di antara risiko-risiko lainnya. Pada tahun yang sama, UU 8.142 membentuk Dewan Kesehatan (Conselhos de Saúde). Dewan Kesehatan mempromosikan keterlibatan warga dalam program dan kebijakan kesehatan. Mereka berpartisipasi dalam perumusan dan usulan strategi, pengendalian pelaksanaan kebijakan kesehatan, keputusan tentang alokasi sumber daya, pembangunan fasilitas dan pelaksanaan program kesehatan (Moreira dan Escorel, 2009, 798). Dewan Kesehatan juga mempromosikan wargamasyarakat tentang kebijakan dan program kesehatan dan melakukan kontrol sosial atas tindakan pemerintah daerah yang ditakdirkan untuk mengimplementasikan pedoman yang telah ditentukan (Labra, 2002).

Di Brasil, Dewan Kesehatan ada di setiap tingkat pemerintahan: kota, negara bagian, dan federal. Pada tahun 2000, pemerintah federal memutuskan bahwa setiap pemerintah kota harus memiliki Dewan Kesehatan kota yang beroperasi sebagai syarat untuk menerima transfer kesehatan federal. Dengan demikian, secara praktis dalam semalam jumlah dewan kota bertambah secara signifikan dan sejak saat itu hampir semua 5.500 kota di Brazil memiliki Dewan Kesehatan. Dewan-dewan ini memilih perwakilan untuk Dewan Kesehatan negara bagian, dan mereka yang pada gilirannya memilih perwakilan untuk Dewan Kesehatan Nasional, yang bertemu setiap tahun di Brasilia dan menyajikan daftar

rekomendasi kebijakan kepada Kongres. Menurut Pogrebinschi (2012), yang mempelajari satu dekade pertemuan dan rekomendasi Dewan Kesehatan Nasional, sekitar setengah dari rekomendasi kebijakan Dewan Kesehatan Nasional telah diberlakukan menjadi hukum nasional.

Di tingkat kota, setiap kota memiliki undang-undang sendiri untuk pembentukan dan pemilihan anggota dewan kotamadya. Dalam semua kasus, dewan kota harus dibentuk sedemikian rupa sehingga setengah dari anggota mereka adalah pengguna SUS publik, seperempatnya adalah praktisi kesehatan yang bekerja untuk SUS (yaitu, dokter dan perawat), dan seperempatnya adalah administrator SUS (pegawai publik SUS yang bukan praktisi kesehatan) (Labra, 2002, 51). Setiap kota memutuskan bagaimana memilih perwakilan dari masing-masing kelompok. Di banyak kota, pengguna dipilih melalui organisasi masyarakat sipil yang mengirim perwakilan ke dewan. Warga negara, gerakan, dan / atau asosiasi sosial mengusulkan kandidat mereka dan memilih untuk memilih mereka yang akan menjadi bagian dari dewan. Namun, pemilihan dan aturan pemilihan tidak dilembagakan dengan buruk. Setelah memilih perwakilan mereka, warga dan anggota masyarakat juga didorong untuk berpartisipasi dalam pertemuan (Coelho Schattan, 2005).

Partisipasi dalam kesehatan di Brasil, kemudian, dilembagakan melalui jaringan sekitar 5.500 Dewan Kesehatan Kota, 27 Dewan Kesehatan Negara, dan Dewan Kesehatan Nasional, di mana lebih dari 100.000 sukarelawan berpartisipasi (Avritzer, 2009;

Falleti, 2010b; Moreira dan Escorel , 2009). Dewan kesehatan tingkat lokal dan tingkat negara bagian memandu perdebatan tentang kesehatan dan fungsi SUS berdasarkan Konferensi Kesehatan Nasional (Montekio et al., 2011; Pogrebinschi, 2013). Partisipasi warga dalam sistem perawatan kesehatan publik di Brasil dengan demikian mencakup kegiatan partisipasi konsultasi, perencanaan, dan pemantauan.

### 3.2.3 Chili

Sistem kesehatan Chili terdiri dari dua sektor, publik dan swasta. Dana Kesehatan Nasional (Fondo Nacional de Salud), melalui Sistem Nasional Layanan Kesehatan (Sistema Nacional de Servicios de Salud) dan jaringan Layanan Kesehatan Regional dan Sistem Perawatan Primer Kota mencakup sekitar 70 persen dari populasi nasional. Sektor swasta terdiri dari Lembaga Kesehatan Dana Pensiun (Instituciones de Salud Previsional) dan menyediakan layanan melalui fasilitas swasta dan publik. Kesehatan dibiayai oleh Negara, rencana asuransi sosial, dan juga kontribusi pribadi (Becerril-Montekio et al., 2011). Kementerian Kesehatan Chili mengatur sektor publik dan swasta.

Di Chili, mobilisasi warga dan partisipasi dalam kesehatan memiliki sejarah panjang. Mobilisasi kelas populer (pekerja perkotaan dan pedesaan) memiliki peran sentral dalam penciptaan dan pengembangan sistem kesehatan nasional. Seperti yang Hadjez-Berrios (2014, 91) tulis: “penciptaan Sistem Kesehatan Nasional pada tahun 1952 dan pengembangan kelembagaannya hingga tahun 1973



merefleksikan tuntutan historis dari masyarakat yang kurang beruntung dan terpinggirkan, dihadapkan dengan kepentingan antagonis dari elit dominan Chili dan Chili. Asosiasi Medis. "Dewan Kesehatan Masyarakat dibentuk pada masa pemerintahan Eduardo Frei pada 1960-an (Navarro, 1974, 108), dan partisipasi masyarakat dalam kesehatan terus meningkat selama pemerintahan Salvador Allende, tetapi kudeta militer tahun 1973 membatalkan partisipasi tersebut. Namun, pengalaman-pengalaman masyarakat yang kurang beruntung yang berkolaborasi dalam pembangunan sistem kesehatan dan dalam respons sosial terhadap masalah kesehatan masyarakat membentuk praktik-praktik partisipatif di masa depan (Hadjez-Berrios, 2014).

Setelah kembali ke demokrasi pada tahun 1990, gagasan *administration admin-participatif* dalam kesehatan dibangun kembali dalam konteks baru desentralisasi sebuah d pasar ekonomi bebas (Torri, 2012). Selama dekade itu, pemerintah nasional bertujuan mempromosikan partisipasi sosial dengan membentuk Komite Partisipasi (*Comités de Participación*) dalam layanan kesehatan regional dan lokal (Azevedo, 1998, 195). Selama dekade terakhir, upaya untuk menciptakan ruang dan mekanisme yang lebih kuat untuk partisipasi masyarakat terjadi dalam UU 20.500 tahun 2011 tentang partisipasi sosial dalam administrasi publik. Undang-undang ini menetapkan hak warga negara atas informasi publik, administrasi publik partisipatif, penguatan masyarakat sipil, dan non-diskriminasi dan penghormatan terhadap keanekaragaman.



Partisipasi warga negara juga didukung oleh norma, pedoman, dan insentif kinerja Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan mendefinisikan partisipasi masyarakat dalam kesehatan sebagai proses kerja sama di mana negara dan warga negara secara bersama mengidentifikasi masalah dan membahas solusi mereka, dengan metodologi dan alat yang mempromosikan refleksi dan dialog kolektif (Frenz et al., 2017, 5). Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan terkait dengan kapasitas masyarakat sipil untuk memengaruhi keputusan kesehatan masyarakat. Masukan masyarakat sipil berkisar dari desain, implementasi, dan evaluasi kebijakan, rencana, program, dan proyek yang terkait dengan pemulihan, rehabilitasi, dan pencegahan penyakit dan promosi kesehatan hingga keputusan terkait penggunaan dan investasi sumber daya publik (Ministerio de Salud, 2015, 1, dikutip dalam Frenz et al., 2017,6).

Oleh karena itu, di Chili, partisipasi melibatkan keterlibatan warga negara dalam kegiatan konsultasi, pemantauan, dan perencanaan. Masyarakat sipil dan dewan warga adalah badan partisipatif formal dengan konsultasi, kontrol, dan peran yang semakin deliberatif, yang merupakan bagian integral dari kerangka kerja kelembagaan dan manajemen sistem kesehatan masyarakat di semua tingkatan (Artaza-Barrios et al., 2013). Namun, seperti yang ditekankan oleh Delamaza dan Ochsenius (2010), di mana partisipasi warga dalam kesehatan masyarakat telah dipromosikan di masa lalu, sektor-sektor masyarakat sipil yang kurang terorganisir memberikan pengaruh yang lebih kecil pada proses pembuatan kebijakan

daripada kelompok-kelompok yang lebih terorganisir, seperti penyedia layanan kesehatan. Demikian pula, penulis lain berpendapat bahwa partisipasi masyarakat dalam kesehatan terkait dengan kebutuhan fasilitas kesehatan dan memiliki modalitas pasif dan diawasi dalam menanggapi pedoman kelembagaan (Cooke dan Kothari, 2001; Jara dan Torres Andrade, 2015). Masalah ini kadangkala diperparah oleh kurangnya atau kesulitan mengakses informasi, yang juga menghambat partisipasi warga yang efektif.

### 3.2.4 Venezuela

Meskipun partisipasi warga dalam kesehatan telah menjadi aspirasi dari proses desentralisasi administrasi yang dimulai di Venezuela pada akhir 1980-an (untuk penjelasan rinci tentang proses reformasi desentralisasi ini pada 1990-an, lihat Grindle, 2000, bab 4), itu hanya diadopsi dengan naiknya Hugo Chavez ke pemerintahan pada tahun 1999.

Begitu dia mengambil kantor, Chavez menyerukan Majelis Konstituante, di mana masalah kesehatan menjadi sangat penting. Selama proses konstituen, beberapa organisasi sosial berpartisipasi untuk memengaruhi hasil akhir Konstitusi. Di antara mereka, partisipasi aktor seperti Koordinator Nasional Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan dan komite kesehatan lokal yang ada secara de facto di beberapa negara bagian dari negara itu sangat menonjol (Uzcategui, 2012). Dokter Kuba juga berpartisipasi dalam proses konstituen, dan pengalaman mereka merupakan input penting dalam konten akhir Konstitusi dan undang-undang selanjutnya tentang

partisipasi kesehatan (Uzcategui, 2012). Konstitusi tahun 1999, dengan demikian, mengakui kesehatan sebagai hak sosial yang integral, dijamin sebagai bagian dari hak untuk hidup dan tingkat kesejahteraan yang bermartabat.

Undang-undang Kesehatan Organik (Ley Orgánica <sup>38</sup> de Salud de la República Bolivariana de Venezuela) tahun 1998 mengatur sektor kesehatan, tetapi sistem kesehatan telah dalam proses perubahan sejak 1999. Sejak itu, Kementerian Kesehatan telah mengusulkan model komprehensif merawat populasi dan penciptaan Sistem Kesehatan Publik Nasional (Sistema Público Nacional de Salud, SPNS) dengan tujuan menjamin hak kesehatan semua rakyat Venezuela. SPNS didefinisikan sebagai antar pemerintah, desentralisasi, dan partisipatif (yang menyiratkan bahwa kebijakan, rencana, dan tindakan nasional harus dikoordinasikan dengan pemerintah negara bagian dan kota, mempromosikan desentralisasi sektor dan partisipasi warga negara). Namun, proses pembuatan SPNS lambat dan belum diselesaikan. Dalam praktek, struktur sistem kesehatan tradisional Venezuela, yang sangat terfragmentasi dalam seperangkat subsistem yang tidak teratur terorganisir dan tanpa akses universal ke layanan kesehatan, telah dipertahankan. Kementerian Kesehatan mengatur sektor publik, di mana jaringan rumah sakit dan layanan rawat jalan dari negara-negara subnasional - yang telah sangat terkena dampak negatif dari krisis ekonomi mulai tahun 2014 - menyediakan layanan. Sektor swasta terdiri dari penyedia layanan dan perusahaan asuransi kesehatan, yang menawarkan bantuan dari yang paling dasar hingga yang paling

khusus dengan imbalan pembayaran langsung. Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).sangat terfragmentasi dalam satu set subsistem yang tidak teratur terorganisir dan tanpa akses universal ke layanan kesehatan, telah dipertahankan. Kementerian Kesehatan mengatur sektor publik, di mana jaringan rumah sakit dan layanan rawat jalan dari negara-negara subnasional - yang telah sangat terkena dampak negatif dari krisis ekonomi mulai tahun 2014 - menyediakan layanan. Sektor swasta terdiri dari penyedia layanan dan perusahaan asuransi kesehatan, yang menawarkan bantuan dari yang paling dasar hingga yang paling khusus dengan imbalan pembayaran langsung. Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).sangat terfragmentasi dalam satu set subsistem yang tidak teratur terorganisir dan tanpa akses universal ke layanan kesehatan, telah dipertahankan. Kementerian Kesehatan mengatur sektor publik, di mana jaringan rumah sakit dan layanan rawat jalan dari negara-negara subnasional - yang telah sangat terkena dampak negatif dari krisis ekonomi mulai tahun 2014 - menyediakan layanan. Sektor swasta terdiri dari penyedia layanan dan perusahaan asuransi kesehatan, yang menawarkan bantuan dari yang paling dasar hingga yang paling khusus dengan imbalan pembayaran langsung. Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).di mana jaringan rumah sakit dan layanan rawat jalan dari negara-negara

subnasional - yang telah sangat dipengaruhi oleh krisis ekonomi mulai tahun 2014 - menyediakan layanan. Sektor swasta terdiri dari penyedia layanan dan perusahaan asuransi kesehatan, yang menawarkan bantuan dari yang paling dasar hingga yang paling khusus dengan imbalan pembayaran langsung. Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).di mana jaringan rumah sakit dan layanan rawat jalan dari negara-negara subnasional - yang telah sangat dipengaruhi oleh krisis ekonomi mulai tahun 2014 - menyediakan layanan. Sektor swasta terdiri dari penyedia layanan dan perusahaan asuransi kesehatan, yang menawarkan bantuan dari yang paling dasar hingga yang paling khusus dengan imbalan pembayaran langsung. Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).Sistem kesehatan dibiayai terutama dengan uang dari Negara dan kontribusi dari pekerja (Armada et al., 2009; Bonvecchio et al., 2011).

Program reformasi perawatan kesehatan dari Konstitusi 1999 pertama kali diresmikan sekitar tahun 2003 dan 2004 dengan program *Misión Barrio Adentro*, yang memiliki komponen partisipatif (untuk deskripsi yang sangat baik tentang asal-usul program, lihat Armada et al., 2009). Di tingkat primer, model perawatan kesehatan *Barrio Adentro* memiliki daerah tangkapan air yang kecil (antara 250 dan 400 keluarga), mengamankan para



profesional kesehatan di pusat kesehatan masyarakat untuk melakukan kunjungan rumah serta kunjungan ke sekolah dan tempat kerja, dan memiliki partisipasi model: desain dan realisasi semua kegiatan harus dikendalikan oleh keputusan yang diambil oleh masyarakat, dengan penduduk di daerah tangkapan air berpartisipasi dalam administrasi dan pemberian perawatan kesehatan primer (Armada et al., 2009, 168)

Program ini juga memiliki komponen pelatihan, membentuk promotor kesehatan masyarakat (cara lain di mana masyarakat berpartisipasi secara programatik di sektor kesehatan). Dengan kata lain, dalam bahasa tipologi kami tentang kegiatan partisipasi masyarakat sipil, program tersebut mensyaratkan konsultasi, perencanaan, dan pelaksanaan oleh masyarakat sipil.

Barrio Adentro sangat terinformasi oleh pengalaman Kuba dalam kesehatan masyarakat dan perawatan primer. Faktanya, 75 persen dari jumlah total dokter, perawat, dan dokter gigi yang dipekerjakan oleh program ini pada tahun 2005 (total 26.500 karyawan) berasal dari Kuba. Tetapi hal ini menyebabkan perselisihan dari oposisi Venezuela, yang melihat program tersebut merongrong kedaulatan Venezuela, dan dari Federasi Dokter Venezuela (Federación Médica de Venezuela), yang menganggap program tersebut berkualitas buruk dan memblokir rujukan dari program di program tersebut. tingkat layanan kesehatan sekunder dan tersier.

Meskipun ditentang, antara tahun 2003 dan 2006 jumlah komite kesehatan lokal (*Comités de Salud*) dalam program *Barrio Adentro* meningkat dari hanya 2.000 menjadi hampir 9.000 (Armada et al., 2009, 169), maka secara signifikan memperluas cakupan perawatan primer di Venezuela.<sup>13</sup> Namun, fragmentasi dalam pendanaan, bahkan dalam sistem publik, serta kurangnya koordinasi dan kolaborasi antara tingkat primer, sekunder, tersier, dan kuaterner layanan perawatan kesehatan, ditambah dengan krisis ekonomi, telah menyebabkan ditinggalkannya program dan kembalinya dokter Kuba ke negara asal mereka.

Selain program *Barrio Adentro*, selama periode Revolusi Bolivarian dan dalam sistem hukum, berbagai undang-undang dan instrumen peraturan telah meletakkan dasar hukum untuk partisipasi masyarakat, termasuk dalam kesehatan (Sáez González, 2015, 135). Secara khusus, hukum Dewan Komunal mendefinisikan lembaga-lembaga lokal ini sebagai contoh utama partisipasi, artikulasi, dan integrasi di antara warga, berbagai organisasi masyarakat, dan gerakan sosial dan populer. Lembaga-lembaga partisipatif ini merupakan upaya untuk menanggapi kebutuhan populasi lokal yang secara historis dikecualikan dan disusun sebagai alternatif untuk model representatif artikulasi warga melalui partai politik (Ellner, 2008; Zaremborg, 2012).

Seperti halnya di Kuba, Dewan Komunis Venezuela dimaksudkan sebagai alat demokrasi langsung atau radikal. Dewan-dewan itu seharusnya memungkinkan warga yang terorganisir untuk



menjalankan pemerintahan penuh masyarakat dan untuk secara langsung mengelola kebijakan dan proyek publik yang bertujuan untuk menanggapi kebutuhan, kemungkinan, dan aspirasi masyarakat (Undang-Undang Dewan Komunal tahun 2009, pasal 2) . Filosofi partisipatif ini meluas ke komite kesehatan yang tertanam dalam dewan komunal. Setiap Dewan Komunal dirancang untuk memiliki "organ eksekutif" yang mengimplementasikan semua keputusan yang dipilih oleh Majelis Warga dan komite kerjanya (termasuk kesehatan). Setiap Dewan Komunal juga memiliki unit pemantauan yang bertugas mengevaluasi pelaksanaan program dan pengeluaran (Teruggi, 2012, 50).

Sebagaimana dilaksanakan melalui dewan komunal, partisipasi dalam kesehatan dimaksudkan untuk mencakup empat jenis kegiatan partisipasi masyarakat sipil: konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan. Namun, sejauh mana komite kesehatan sebenarnya mengembangkan kegiatan ini tetap diperebutkan (Lupien, 2018; Zaremborg, 2012). Misalnya, warga negara menegaskan bahwa mereka dapat berpartisipasi dalam Dewan Komunal, tetapi kemandirian mereka terbatas karena mereka yang bertanggung jawab memimpin diskusi tidak mendengarkan pendapat mereka, atau hanya karena Dewan tidak dapat mencapai kebijakan yang berhasil untuk menyelesaikan masalah lokal (Fundación Centro Gumilla , 2009).

### 3.2.5 Bolivia

Bolivia memiliki sektor kesehatan publik dan swasta. Sektor publik mencakup Kementerian Kesehatan dan Olahraga (Ministerio de Salud y Deportes, MSD) dan subsektor sosial. Subsektor sosial terdiri dari dana kesehatan (Cajas de Salud), asuransi universitas, dan Direktorat Jenderal Kesehatan. Sektor swasta terdiri dari perusahaan asuransi dan penyedia layanan kesehatan swasta dan nirlaba. MSD memiliki tanggung jawab untuk mengatur sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan. Kesehatan dibiayai oleh Negara, rencana asuransi sosial (Cajas de Salud), dan juga kontribusi pribadi (Ledo dan Soria, 2011).

Di Bolivia, desentralisasi dan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan berawal pada tahun 1990-an. Bersama dengan privatisasi dan reformasi pendidikan, desentralisasi pemerintahan adalah salah satu dari tiga pilar reformasi utama dari kepresidenan pertama Gonzalo Sánchez de Losada (1993-1997), pemimpin Partai Gerakan Revolusi Nasional (Movimiento Nacional Revolucionario, MNR). Program desentralisasi diundangkan dalam Undang-Undang Partisipasi Populer tahun 1994 (Ley de Participación Popular, LPP) (Davies dan Falletti, 2017; Faguet, 2012; Galindo dan Medina, 1995). Sebagaimana dinyatakan dalam pembukaannya, <sup>37</sup> tujuan utama dari undang-undang ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup warga negara dengan menyempurnakan demokrasi perwakilan dan memfasilitasi partisipasi (Faguet, 2014, 3). Hukum, dalam artikel pertamanya, "mengakui, mempromosikan dan mengkonsolidasikan

proses Partisipasi Populer, mengartikulasikan masyarakat adat, petani, dan perkotaan dalam kehidupan hukum, politik, dan ekonomi negara tersebut. "Undang-undang ini secara signifikan mengubah lanskap kelembagaan antar pemerintah dan lokal Bolivia. LPP mendesentralisasi kekuatan fiskal dan politik dari pemerintah pusat ke pemerintah kota, mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada waktu itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan otoritas lokal. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17 komunitas petani dan perkotaan dalam kehidupan hukum, politik dan ekonomi negara tersebut. "Undang-undang ini secara signifikan mengubah lanskap antar pemerintah dan kelembagaan lokal Bolivia. LPP mendesentralisasi kekuatan fiskal dan politik dari pemerintah pusat ke pemerintah kota, mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada waktu itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan otoritas lokal. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17 komunitas petani dan perkotaan dalam kehidupan hukum, politik dan ekonomi

negara tersebut. "Undang-undang ini secara signifikan mengubah lanskap antar pemerintah dan kelembagaan lokal Bolivia. LPP mendesentralisasi kekuatan fiskal dan politik dari pemerintah pusat ke pemerintah kota, mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada waktu itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan. otoritas lokal. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17"Undang-undang ini secara signifikan mengubah lanskap antar pemerintah dan kelembagaan lokal Bolivia. LPP mendesentralisasi kekuatan fiskal dan politik dari pemerintah pusat ke pemerintah kota, mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada waktu itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan. otoritas lokal. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17"Undang-undang ini secara signifikan mengubah lanskap antar pemerintah dan kelembagaan lokal Bolivia. LPP mendesentralisasi kekuatan fiskal dan politik dari pemerintah pusat ke pemerintah kota, mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada waktu itu - dan

merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan, otoritas lokal. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada saat itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan pemerintah daerah. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17mengubah peta Bolivia dengan hampir tiga kali lipat jumlah kota - dari 117 menjadi 315 pada saat itu - dan merancang kerangka kerja kelembagaan di tingkat kota untuk partisipasi sipil dan pengawasan pemerintah daerah. LPP menetapkan 20 persen dari pendapatan pajak nasional untuk pemerintah kota bersama dengan tanggung jawab untuk pemeliharaan dan pembangunan sekolah, klinik kesehatan, jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17jalan sekunder, sistem irigasi mikro, dan fasilitas olahraga (Kohl, 2003, 156) .17

LPP menciptakan kerangka kerja kelembagaan untuk perencanaan partisipatif oleh lingkungan dan organisasi masyarakat

adat. Ini mengakui organisasi berbasis masyarakat, yang meliputi organisasi lingkungan kota, organisasi adat, dan serikat petani. Berkat undang-undang ini, hanya dalam tiga tahun (antara 1994 dan 1997) pemerintah mendaftarkan hampir 15.000 organisasi teritorial akar rumput. Di tingkat kotamadya, organisasi-organisasi ini didakwa dengan tanggung jawab menyusun rencana operasi tahunan dan rencana pengembangan kota lima tahun, mengawasi proyek, dan memobilisasi tenaga kerja masyarakat untuk pembangunan dan pemeliharaan pekerjaan umum (Kohl, 2003, 156). Undang-undang ini juga membentuk komite pengawasan dengan anggota yang diambil dari komunitas, dengan kekuatan untuk memveto anggaran kota dan memanggil kembali walikota. Juga selama masa kepresidenan Sánchez de Losada, Undang-Undang 2.426 tahun 2002 tentang asuransi universal untuk ibu dan bayi menciptakan Direktori Kesehatan Lokal (Directorios Locales de Salud, DILOS), contoh partisipasi warga dan kontrol sosial dalam sektor kesehatan publik (Galindo, 2016).

Sejak Evo Morales naik ke kursi kepresidenan pada tahun 2006, pemerintah Bolivia telah mengeluarkan sejumlah undang-undang yang bertujuan mengembangkan cara-cara baru untuk partisipasi warga negara. Di Bolivia, pembuat kebijakan di bawah pemerintahan sosialis Morales menemukan postulat utama Deklarasi Alma-Ata, mengenai perawatan kesehatan primer dan partisipasi dalam kesehatan (Silva et al., 2009). Secara khusus, untuk meningkatkan indikator kesehatan, pemerintah Bolivia (dan juga pemerintah Ekuador di bawah Correa) mendasarkan kebijakan-



kebijakan barunya pada dalil-dalil utama Asosiasi Kedokteran Sosial Amerika Latin (Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES), yang mengusulkan pendekatan berdasarkan tentang partisipasi masyarakat (Silva et al., 2009).

Partisipasi warga dalam kesehatan telah dilembagakan dalam Konstitusi 2009, yang menyatakan bahwa partisipasi warga dan kontrol sosial adalah hak politik. Dalam pasal 40, ia juga menetapkan bahwa negara akan menjamin partisipasi populasi yang terorganisir dalam pengambilan keputusan, dan dalam pengelolaan seluruh sistem kesehatan masyarakat. Sistem kesehatan agak unik, didefinisikan sebagai universal, bebas, adil, intra-budaya, antar budaya, partisipatif, dengan kualitas, dan kontrol sosial (Konstitusi 2009, pasal 19). Sistem ini didasarkan pada prinsip-prinsip solidaritas, efisiensi, dan tanggung jawab, dan dikembangkan melalui kebijakan publik di semua tingkat pemerintahan.

Selain itu, UU 31 tentang Otonomi dan Desentralisasi 2010 dan UU 341 tentang Partisipasi dan Kontrol Sosial 2013 menyatakan bahwa partisipasi dalam kesehatan berkaitan dengan konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan kebijakan kesehatan. Untuk melakukannya, warga berpartisipasi dalam Dewan Kotamadya Kesehatan (Consejo Social Municipal de Salud, COMUSA), inkarnasi baru dari DILOS. Dewan Kesehatan Kota bekerja sama dengan masyarakat sipil setempat untuk menyiapkan Rencana Kesehatan Kota yang termasuk dalam Rencana Pengembangan Kota. Mereka memprioritaskan program dengan



menggunakan tuntutan warga dan organisasi sosial (Galindo, 2016, 82). Setelah program diputuskan, tidak hanya anggota Dewan tetapi juga anggota masyarakat memiliki tugas melaksanakannya (Ministerio de Salud de Bolivia, 2015).

### 3.2.6 Ekuador

Ekuador, seperti banyak negara kesatuan, memiliki tradisi sentralis yang mencolok yang secara historis memusatkan beban administrasi Negara dan tanggung jawab pemerintah di tingkat pusat. Bahkan secara demografis, Ekuador menunjukkan konsentrasi populasi yang tinggi di kota Quito dan Guayaquil.

Proses desentralisasi yang dimulai pada 1990-an memiliki awal yang malu-malu, menargetkan terutama tingkat lokal, dan tidak mengusulkan sistem integral reformasi politik dan administrasi Negara (Serrano dan Acosta, 2011). Adopsi undang-undang desentralisasi dapat ditelusuri ke advokasi presiden liberal seperti Jamil Manhuad (1998-2000) dan partai-partai pro-pasar seperti Partai Kristen Sosial yang menggunakan kabinetnya yang memengaruhi desentralisasi (Eaton, 2014, 1134). Pada tahun 1997, hampir dua dekade setelah kembali ke demokrasi, Kongres meloloskan apa yang disebut Hukum 15%. Menurut undang-undang ini, pemerintah pusat harus mentransfer 15 persen dari pendapatannya ke pemerintah daerah. Segera setelah itu, ia mengesahkan UU 27 Desentralisasi Negara dan Partisipasi Sosial, yang mengadvokasi desentralisasi tanggung jawab yang didanai seperti kesehatan, pendidikan, perumahan, dan perlindungan lingkungan, antara lain, ke kota. 20

Konstitusi 1998 terus membangun kerangka hukum untuk mendesentralisasi pemerintahan. Judul singkatnya adalah didedikasikan untuk desentralisasi dan organisasi teritorial. Ia menetapkan bahwa tidak ada desentralisasi administratif yang dapat terjadi tanpa desentralisasi fiskal yang mendukung, dan sebaliknya. Disebutkan pula bahwa unit-unit subnasional dapat meminta desentralisasi tanggung jawab, seperti kesehatan atau pendidikan. Judul singkatnya adalah didedikasikan untuk desentralisasi dan organisasi teritorial. Ia menetapkan bahwa tidak ada desentralisasi administratif yang dapat terjadi tanpa desentralisasi fiskal yang mendukung, dan sebaliknya. Disebutkan pula bahwa unit-unit subnasional dapat meminta desentralisasi tanggung jawab, seperti kesehatan atau pendidikan. Judul singkatnya adalah didedikasikan untuk desentralisasi dan organisasi teritorial. Ia menetapkan bahwa tidak ada desentralisasi administratif yang dapat terjadi tanpa desentralisasi fiskal yang mendukung, dan sebaliknya. Disebutkan pula bahwa unit-unit subnasional dapat meminta desentralisasi tanggung jawab, seperti kesehatan atau pendidikan.

Pada tahun 2002, Kongres mengeluarkan Undang-Undang Organik Sistem Kesehatan Nasional (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, LOSNS), yang menetapkan kerangka hukum untuk organisasi sistem kesehatan, sebagaimana ditetapkan dalam konstitusi 1998. Sistem kesehatan Ekuador terdiri dari dua sektor: publik dan swasta. Sektor publik mencakup Kementerian Kesehatan Masyarakat (Ministerio de Salud Pública, MSP), layanan kesehatan kotamadya, dan lembaga jaminan sosial. MSP menawarkan layanan

perawatan kesehatan kepada seluruh populasi dan bertanggung jawab untuk mengatur kebijakan kesehatan di negara ini. Sektor swasta mencakup lembaga nirlaba (rumah sakit, klinik, apotik, apotek, dan perusahaan obat prabayar) dan organisasi masyarakat sipil nirlaba. Kesehatan dibiayai oleh Negara, rencana asuransi sosial, dan kontribusi pribadi (Lucio et al., 2011).

Sejak tahun 2002 dan seterusnya, sebuah proses yang mempromosikan pembangunan partisipatif dan konsensual Sistem Kesehatan Nasional telah dimulai, berdasarkan pada penataan Dewan Kesehatan Provinsi dan Kanton, yang konstitusi dan fungsinya mewakili konsolidasi dan penguatan sistem kesehatan nasional, seperti ditunjukkan dalam LOSNS (Departemen Kesehatan Ekuador, 2007). Meskipun partisipasi warga dalam lingkup kesehatan pertama kali disebutkan dalam LOSNS, pemerintah Presiden Rafael Correa (2007-2017) yang mengimplementasikan lembaga-lembaga ini. Pada tahun 2009, Kongres Kesehatan dan Kehidupan (Congreso por la Salud y por la Vida, COSAVI) fokus pada masalah partisipasi sosial. Setelah COSAVI ini, pemerintah memutuskan untuk menghentikan mereka tetapi melembagakan bentuk-bentuk partisipasi lainnya. Pada 2010, UU Organik tentang Warga Negaras Partisipasi (pasal 52) membentuk Dewan Warga tentang Kesehatan, yang bertindak sebagai jaringan partisipasi masyarakat sipil yang diartikulasikan dengan otoritas kesehatan nasional. Di tingkat lokal, undang-undang menciptakan majelis dimana warga negara dapat berpartisipasi (baik secara individu atau bersama) dalam proposal dan pemantauan kebijakan kesehatan, di

antara kegiatan lainnya. Hingga 2015, pemerintah telah menciptakan 1.843 dewan ini.

Dengan demikian, walaupun desentralisasi telah menjadi sifat pemalu di Ekuador, partisipasi dalam kesehatan memerlukan beberapa derajat (dan setidaknya dalam undang-undang) konsultasi, perencanaan, dan pemantauan (Undang-Undang Organik tentang Partisipasi Warga, pasal 60, 61, dan 62). Majelis lokal memilih anggota komite kesehatan lokal, yang dibentuk oleh warga dan organisasi sosial (Carvajal, 2016). Setiap komite kesehatan lokal bertugas mengidentifikasi prioritas kesehatan, merencanakan rencana kesehatan lokal dengan otoritas kesehatan, dan memantau pelaksanaan rencana tersebut.

### 3.2.7 Argentina

Selama abad kedua puluh, sistem kesehatan Argentina berkembang menjadi sistem yang terpecah-pecah dengan tiga subsistem: sektor publik, yang menawarkan layanan kesehatan gratis melalui jaringan rumah sakit dan klinik kesehatan perawatan primer; sektor asuransi sosial dari apa yang disebut obras sociales, untuk pekerja formal ekonomi dan pensiunan; dan sektor asuransi kesehatan swasta. Pada tahun 2010, menurut Lembaga Statistik dan Sensus Nasional Argentina (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC), 38,4 persen populasi dilindungi secara eksklusif oleh sistem publik, 46 persen oleh obras sosial, dan sisanya 15,6 persen oleh sektor kesehatan swasta.

Di sektor kesehatan publik, desentralisasi layanan kesehatan nasional ke provinsi-provinsi terjadi pada tahun 1978, dalam konteks kediktatoran militer terakhir.<sup>24</sup> Berdasarkan Undang-Undang 21.883 tahun itu, pemerintah nasional memindahkan enam puluh lima rumah sakit ke provinsi dan kota (Cetrángolo). dan Jiménez, 2003, 53, n. 69). Proses ini berlanjut pada tahun 1991, selama periode reformasi ekonomi neoliberal yang dipimpin oleh Presiden Carlos Menem (1989-1995, 1995-1999) dan menteri ekonominya, Domingo Cavallo (untuk penjelasan proses ini, lihat antara lain, Eaton, 2002 , 2004; Falletti, 2010a, bab 3; Tobar, 2006, 80; 2012, 12).

Pada saat konferensi Alma-Ata, pada tahun 1978, Argentina berada di tahun kedua kediktatoran militernya yang paling keras dan represif. Karena pemerintah militer memajukan layanan kesehatan kepada pemerintah daerah, pemerintah juga mengadopsi label Perawatan Kesehatan Utama (Atención Primaria de la Salud, APS) untuk merujuk pada program perawatan kesehatan, sanitasi, dan pencegahan penyakit berbasis wilayah yang telah ada di beroperasi sejak 1960-an. Program-program ini telah dikembangkan di daerah pedesaan, khususnya di provinsi barat laut Jujuy, Salta, dan Tucumán (sekitar produksi gula, kapas, dan tembakau), di provinsi Neuquén, dan di pinggiran kota dan pinggiran miskin pusat kota besar , seperti Buenos Aires. Selain membuat label APS untuk merujuk pada program perawatan kesehatan primer ini, pemerintah militer secara aktif tidak mendorong partisipasi masyarakat. Bahkan, rezim otoriter mempertimbangkan kegiatan yang berkaitan dengan promosi com partisipasi manusia dalam perawatan kesehatan menjadi



“subversif,” dan karenanya tunduk pada represi negara yang sistematis.

Seorang agen kesehatan yang bekerja pada saat itu di departemen Güemes, di provinsi utara Salta, menyatakan keadaan ini dengan sangat fasih: “pada tahun 1978, Perawatan Kesehatan Utama dilahirkan..., dengan satu syarat: tanpa partisipasi masyarakat. Sangat jelas. Kami dapat melakukan apa pun yang kami inginkan, tetapi tanpa partisipasi. 'Ayo, tolong [dikatakan pada saat itu] Anda tidak akan mempromosikan subversi' ” (dikutip dalam Berlotto et al., 2012, 368, terjemahan kami).

Dengan transisi ke demokrasi pada tahun 1983, beberapa program sosial yang diarahkan ke populasi yang rentan mulai mempromosikan partisipasi masyarakat. Namun, mereka tetap sangat terlokalisasi dan di luar lingkup Departemen Kesehatan. Faktanya, menjelang akhir pemerintahan transisi demokratis pertama dari Presiden Raúl Alfonsín (1983–1989), gagasan bahwa partisipasi masyarakat dalam kesehatan adalah bagian dari agenda politik kiri dan subversif masih mengakar kuat di beberapa sektor masyarakat, dan pada khususnya di antara pasukan keamanan federal dan provinsi. Carlos Anigstein, seorang dokter anak dan dokter perawatan primer, yang bekerja pada APS pada saat itu, memberi tahu kami:

Walaupun mungkin sulit dipercaya, ketika saya berada di rumah sakit [Ramón Carrillo, di provinsi Buenos Aires], dua bom mobil diletakkan di mobil saya dan saya menerima ancaman pembunuhan. Saya memiliki nama keluarga

Yahudi ... "Kami akan membunuhmu, judío de mierda." Tetapi kemudian, ketika polisi federal datang dan ketika dinas intelijen keamanan datang, mereka akan memberi tahu saya 'Apa yang Anda harapkan, Dokter? Mempertimbangkan pekerjaan yang Anda lakukan ... 'Bagi mereka, apa pun yang berkaitan dengan partisipasi adalah subversif ... Meskipun kami pada tahun 1989 [enam tahun menjadi pemerintahan demokratis].

Baru setelah krisis ekonomi dan politik 2001 partisipasi masyarakat dalam kesehatan memasuki agenda pemerintah nasional, sebagian besar sebagai cara untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan segera pasca krisis dari sektor sosial yang paling rentan. Partisipasi masyarakat dalam pemantauan (pertama) dan perencanaan (kemudian) program dan proyek kesehatan juga diilhami oleh ideologi inklusif dari perancang kebijakan yang menjadi pembuat kebijakan di tingkat federal. Beberapa pembuat kebijakan ini telah bekerja dalam perawatan kesehatan primer sejak awal 1970-an dan telah sangat dipengaruhi oleh pengalaman partisipatif Kuba (pada 1960-an) dan Brasil (sejak akhir 1980-an).

Selama administrasi Dr. Ginés González García sebagai menteri kesehatan dan lingkungan nasional (2002-2007), para pembuat kebijakan tingkat nasional ini mempromosikan partisipasi masyarakat dalam jaringan federal program perawatan kesehatan primer dan preventif. Di antara pembuat kebijakan yang merancang kebijakan partisipatif adalah Dr. Carlos Pacheco, Dr. Carlos Anigstein, dan sosiolog Federico Tobar.



Program tingkat nasional ini meliputi, antara lain, program REMEDIAR (2002-2017), program Komunitas Dokter (Médicos Comunitarios), 26 program Kota Sehat (Municipalidades Saludables), dan program Proyek Partisipasi Lokal (Proyectos Locales Participativos, PLPs), yang kami analisis.

REMIAR, sebuah program untuk distribusi obat-obatan gratis melalui klinik perawatan kesehatan umum umum (Centros de Asistencia Primaria de la Salud, CAPS), adalah program kepengurusan. Ini dirancang untuk memenuhi beberapa kebutuhan populasi yang paling mengerikan setelah krisis ekonomi 2001.28 Terdiri dari pengiriman obat-obatan generik dan umum yang diresepkan untuk pasien CAPS, di seluruh wilayah Argentina. Pada 2006, program ini mendistribusikan kotak-kotak obat generik (botiquine) kepada sekitar 5.000 CAPS di seluruh negeri (Tobar, 2006). Pada tahun 2007, ulang tahun kelima, program ini menghasilkan video deskriptif: RemediAR 5 Años. Menjelang tahun 2012 (ketika program ini berjalan di tahun kesepuluh), Presiden Cristina Fernandez de Kirchner (2007-2015) membagikan nomor botiquin 1.500.000 (Redes, 2012). Di kantor nasional Departemen Kesehatan, REMEDIAR dijalankan oleh sekelompok profesional muda yang relatif kecil dan sangat terlatih. Mereka memperhatikan kebutuhan sosial dan ketidakadilan dalam distribusi manfaat kesehatan masyarakat dan berusaha untuk mengatasi masalah efisiensi dalam pengeluaran publik (misalnya melalui pembelian massal obat-obatan generik, misalnya) dan dalam pengiriman obat-obatan ini kepada pasien, seperti obat-obatan (atau botiquine) akan

mencapai CAPS dan pasien mereka. Untuk mengekang kemungkinan penyimpangan sumber daya ini, organisasi masyarakat sipil adalah saya Mereka memperhatikan kebutuhan sosial dan ketidakadilan dalam distribusi manfaat kesehatan masyarakat dan berusaha untuk mengatasi masalah efisiensi dalam pengeluaran publik (misalnya melalui pembelian massal obat-obatan generik, misalnya) dan dalam pengiriman obat-obatan ini kepada pasien, seperti obat-obatan (atau botiquine) akan mencapai CAPS dan pasien mereka. Untuk mengekang kemungkinan penyimpangan sumber daya ini, organisasi masyarakat sipil adalah saya Mereka memperhatikan kebutuhan sosial dan ketidakadilan dalam distribusi manfaat kesehatan masyarakat dan berusaha untuk mengatasi masalah efisiensi dalam pengeluaran publik (misalnya melalui pembelian massal obat-obatan generik, misalnya) dan dalam pengiriman obat-obatan ini kepada pasien, seperti obat-obatan (atau botiquine) akan mencapai CAPS dan pasien mereka. Untuk mengekang kemungkinan penyimpangan sumber daya ini, organisasi masyarakat sipil adalah saya diundang untuk berpartisipasi sebagai pemantau program.

Sebagai program perawatan kesehatan, REMEDIAR sangat menonjol karena beberapa alasan. Pertama, (setahu kami) adalah program tingkat nasional pertama yang mempromosikan keterlibatan masyarakat dalam kebijakan kesehatan. Program ini memiliki sepuluh tujuan eksplisit; di antaranya adalah penguatan layanan kesehatan primer, distribusi obat-obatan langsung, kontrol sosial langsung, partisipasi, dan transparansi (Redes, 2012, 21-22). Bahkan jika pada awal program, keterlibatan masyarakat sipil terbatas pada

peran pemantauan (masyarakat sebagai pengawas pejabat lokal yang tidak dapat sepenuhnya dipantau oleh pemerintah pusat), partisipasi semacam itu meluas dari waktu ke waktu ke jenis lain, yang melibatkan perencanaan dan eksekusi, seperti yang akan kami jelaskan nanti. Kedua, REMEDIAR penting karena itu adalah program terpanjang di antara mereka yang mendorong partisipasi, selamat melalui beberapa administrasi kepresidenan (dari Eduardo Duhalde ke Néstor Kirchner dan Cristina Fernández de Kirchner). Ketiga, ini mendorong implementasi program-program partisipatif lainnya, seperti Proyek Partisipasi Lokal (PLP), yang kami analisis di bagian keempat Elemen ini.

Seperti disebutkan, keterlibatan masyarakat sipil dalam program REMEDIAR pada dasarnya adalah pemantauan. Organisasi dan individu masyarakat sipil bekerja sebagai "anjing penjaga" yang disediakan oleh botiquine secara nasional menjangkau pasien CAPS dan tidak dialihkan ke penggunaan lain atau didistribusikan oleh personel politik dengan imbalan dukungan politik. Jenis pemantauan komunitas ini digambarkan sebagai "kontrol langsung sosial." Kementerian bekerja sama dengan Caritas (organisasi Katolik) dan Palang Merah (lembaga non-religius) baik di tingkat pusat maupun di daerah-daerah.

Terkait erat dengan REMEDIAR, program Proyek Partisipatif Lokal (Proyectos Locales Participativos, PLPs) berusaha untuk meningkatkan partisipasi warga dalam kesehatan, tidak hanya dalam peran pemantauan partisipasi tetapi juga dalam perencanaan

(partisipasi partisipatif) dan pelaksanaan. Asal usul program ini ditemukan pada tahun 2004, ketika area yang didedikasikan untuk partisipasi program REMEDIAR mengeluarkan seruan untuk narasi kesehatan masyarakat (atau Relatos) dari CAPS.

Ketika narasi mulai mengalir ke kantor pusat Departemen Kesehatan Nasional, personel yang membaca narasi menyadari bahwa banyak dari mereka (baik dalam bentuk surat, cerita pendek, atau komposisi foto) sebenarnya menyajikan proyek untuk bekerja dengan komunitas atau untuk meningkatkan CAPS. Bahkan, narasinya sangat banyak dan sangat menarik sehingga personil Departemen Kesehatan memberikan penghargaan kepada beberapa orang di sebuah acara nasional. Saat itulah gagasan untuk mengajukan permintaan proposal partisipasi masyarakat melalui CAPS mulai terbentuk. Gagasan semacam itu menemukan dasar kelembagaan yang subur di mana mereka yang memimpin pelayanan menyukainya dan bersedia mendukungnya. Dengan kata lain, dukungan politik untuk proyek ini di tingkat kepemimpinan di Kementerian Kesehatan merupakan hal mendasar bagi proyek yang dilahirkan. Dukungan semacam itu, atau ketiadaannya, juga menjelaskan ketidakstabilan program di masa depan.

Partisipasi terprogram dalam proyek-proyek partisipatif lokal di Argentina melibatkan kegiatan konsultasi, perencanaan, pemantauan, dan pelaksanaan. Rekrutmen peserta terbuka untuk semua anggota masyarakat dalam tangkapan CAPS. Namun, dirancang dan diimplementasikan dari atas, program

partisipatif ini akan kehilangan dana dan dukungan dengan perubahan kepemimpinan Kementerian Kesehatan dan akan ditinggalkan dengan pergantian ke kanan di pemerintahan tingkat nasional Argentina setelah 2015 .



## Bagian 4. Partisipasi Masyarakat untuk Pembuatan Kebijakan Indonesia

### Partisipasi Sebagai Bagian Dari Keberhasilan Pembangunan

Makna dari kata <sup>2</sup>partisipasi adalah keikutsertaan atau keterlibatan secara sukarela oleh masyarakat dalam perubahan yang ditentukannya sendiri. <sup>2</sup>Adisasmita (2006) menyatakan bahwa partisipasi anggota masyarakat adalah keterlibatan anggota masyarakat dalam pembangunan. Keterlibatan anggota masyarakat dalam pembangunan ini mencakup kegiatan dalam perencanaan dan pelaksanaan program atau proyek pembangunan yang dikerjakan di dalam masyarakat local, yang merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat secara aktif berorientasi pada pencapaian hasil pembangunan, yang dilakukan dalam masyarakat yang efektif dan efisien baik dari aspek masukan atau *input* (SDM, dana, peralatan/sarana, data, rencana dan teknologi), dari aspek proses (pelaksanaan, monitoring dan pengawasan), dari aspek keluaran atau *output* (pencapaian sasaran efektif dan efisien).

<sup>2</sup>Partisipasi masyarakat dalam pembangunan merupakan salah satu elemen yang krusial dan mutlak diperlukan dalam rangka pembangunan, terlebih jika dikaitkan dengan pergeseran paradigma pembangunan yang kini telah menempatkan manusia dan masyarakat sebagai sentral dalam pembangunan yang tidak hanya

memandang masyarakat sebagai objek yang dibangun tetapi sebagai subjek dari pembangunan itu sendiri.

12 Ada tiga alasan utama mengapa partisipasi masyarakat menjadi sangat penting menurut Conyers (1982), yaitu 1) partisipasi masyarakat merupakan suatu alat ukur untuk memperoleh informasi mengenai kondisi, dan kebutuhan masyarakat setempat, yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal. 2) masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui perihal proyek tersebut. 3) adanya anggapan bahwa merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat itu sendiri (Supriatna, 2000).

Partisipasi juga bermacam-macam, macam partisipasi adalah Pertama, **Partisipasi Keterlibatan masyarakat dalam perencanaan**, merupakan suatu komponen yang sangat penting bagi keberhasilan proyek-proyek pembangunan. Partisipasi dalam perencanaan program-program pembangunan dapat mengembangkan kemandirian yang dibutuhkan oleh para anggota masyarakat pedesaan demi akselerasi pembangunan (Ndraha, 1994). Masyarakat sebagai penerima program diperlukan ikut terlibat dalam identifikasi masalah pembangunan dan proses perencanaan program pembangunan sehingga masyarakat akan terlibat dalam proses selanjutnya.



Kedua <sup>2</sup> **Keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan,** Mengenai partisipasi dalam pelaksanaan pembangunan, Cohen dan Uphoff (1977) menyatakan bahwa partisipasi dalam pembangunan meliputi 1) partisipasi dalam sumber daya, 2) partisipasi dalam administrasi dan koordinasi, dan 3) partisipasi dalam pendaftaran program. Demikian juga <sup>2</sup> Ndraha (1994) menyatakan bahwa partisipasi dalam pelaksanaan meliputi 1) mengarahkan daya dan dana, 2) administrasi dan koordinasi, dan 3) penjabaran dalam program.

Ketiga, <sup>2</sup> **Keterlibatan dalam penerimaan dan pemanfaatan hasil,** Cohen dan Uphoff (1977) menyatakan bahwa partisipasi dalam penerimaan dan pemanfaatan hasil pembangunan dapat dibedakan menjadi 4, yaitu 1) manfaat material seperti peningkatan pendapatan atau aset lain yang penting bagi kepentingan pribadi. 2) manfaat sosial, pendidikan, kesehatan dan jasa-jasa lain. 3) manfaat individual seperti pengembangan diri, kekuasaan politik, dan kepercayaan umum bahwa seseorang mulai dapat mengendalikan kuasanya. 4) konsekuensi yang diharapkan.

Keempat, <sup>2</sup> **Keterlibatan dalam pengawasan dan penilaian hasil,** Setiap usaha pembangunan yang dilaksanakan tentunya memerlukan pengawasan sehingga pelaksanaan kegiatan pembangunan tersebut dapat sesuai dengan rencana yang ditetapkan sebelumnya dan bila terjadi penyimpangan segera diperbaiki. Dalam kaitannya dengan partisipasi masyarakat dalam mengawasi <sup>2</sup> pembangunan. Pengawasan masyarakat dalam pembangunan sangat

penting dilakukan untuk melihat apa yang dikerjakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan, juga untuk menjamin agar hasil pembangunan, baik fisik maupun non fisik mampu memenuhi kebutuhan masyarakat.

Ndraha (1989) mengatakan bahwa agar pengawasan dapat berlangsung, diperlukan beberapa syarat atau kondisi, yaitu, 1) adanya norma, aturan dan standar yang jelas, 2) adanya usaha pemantauan kegiatan yang diatur dengan norma atau aturan tersebut, 3) adanya informasi yang cukup, dapat dipercaya, dan tersedia pada waktunya, tentang kegiatan dan hasil kegiatan yang dimaksud, 4) adanya evaluasi kegiatan, yaitu sebagai pembanding antara norma dengan informasi, 5) adanya keputusan guna menetapkan hasil evaluasi tersebut, 6) adanya tindakan pelaksanaan keputusan.

Partisipasi kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Menurut Mikkelsen (2003), rendahnya partisipasi masyarakat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu: 1). Adanya penolakan secara internal di kalangan anggota masyarakat dan penolakan eksternal terhadap pemerintah, 2). Kurangnya dana. 3). Terbatasnya informasi, pengetahuan atau pendidikan masyarakat, dan 4) Kurang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Maka perlu selalu memberikan penyadaran pada masyarakat bahwa partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan itu sangat penting dalam pembangunan.

Kebijakan otonomi daerah dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintahan daerah secara eksplisit

memberikan otonomi yang luas kepada pemerintah daerah yang mempunyai hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Melalui undang-undang ini masyarakat lebih diberdayakan dan diberi tanggung jawab untuk mempercepat laju pembangunan daerah.

Begitu pun dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 secara eksplisit memberikan tugas kepada pemerintah desa yaitu penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan kemasyarakatan, dan pemberdayaan masyarakat. Dengan adanya otonomi daerah maka pemerintah daerah berkewenangan mengurus urusan rumah tangga daerah sendiri (desentralisasi). Pemerintah di berikan kewenangan untuk mengurus urusan pemerintahan yang ada didesa dalam rangka mencapai keadilan dan kesejahteraan masyarakat. Dalam rangka melaksanakan wewenang pemerintahan, pemerintah wajib melaksanakan kehidupan demokrasi, meningkatkan kesejahteraan masyarakat, memelihara ketentraman dan ketertiban dan menjalankan prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*) yang bebas dari kolusi korupsi nepotisme (KKN).

**MUSRENBANG sebagai wujud partisipasi dalam perencanaan**

Salah satu contoh partisipasi masyarakat dalam pembangunan adalah keterlinatan masyarakat dalam <sup>11</sup> proses penyusunan kebijakan



program pembangunan yang mempunyai karakter bottom up adalah sebagai berikut :

1. **MUSBANGDES**, (Musyawarah Pembangunan Desa) atau istilah lainnya **MUSRENBANGDES** (Musyawarah Rencana Pembangunan Desa). Perencanaan pembangunan dimulai dari tingkat desa, yang biasanya dihadiri oleh mereka yang ditunjuk oleh peraturan perundang-undangan, ataupun sesuai dengan kebijakan dari kabupaten, namun seringkali dalam prakteknya masih banyak yang pertanyakan musbangdes . Mestinya sebelum dilakukan musyawarah di tingkat desa, ketua-ketua RT dan RW mengajak berembuk dengan warga mengenai kebutuhan apa saja yang harus diajukan sebagai usulan kepada pemerintah desa, lalu dilakukanlah musyawarah pembangunan di tingkat desa tersebut. Hasilnya adalah kesepakatan masyarakat tentang prioritas rencana pembangunan desa.

2. **MUSBANGCAM**, **MUSBANGCAM** (Musyawarah Pembangunan Kecamatan) atau istilah lainnya **MUSRENBANGCAM** (Musyawarah Rencana Pembangunan Kecamatan). Adalah merupakan tindak lanjut dari pelaksanaan musyawarah pembangunan di tingkat desa. Kegiatan ini dilakukan untuk mengumpulkan berbagai masukan dari seluruh kawasan desa dalam satu kecamatan. Kemudian yang menghadiri biasanya adalah mereka perwakilan dari desa. Setiap Desa sudah memberikan masukan untuk perencanaan pembangunan di kecamatan. Maka dari masukan

yang sudah diperoleh dibuatlah “skala prioritas” pembangunan yang akan diajukan ke tingkat Kabupaten

3. **MUSBANGKAB**, MUSBANGKAB (Musyawarah Pembangunan Kabupaten) atau istilah lainnya MUSRENBANGKAB (Musyawarah Rencana Pembangunan Kabupaten). Musyawarah ini dilakukan di tingkat Kabupaten yang dihadiri oleh para perwakilan dari kecamatan-kecamatan untuk kemudian melakukan sinkronisasi rencana-rencana pembangunan yang telah disusun dengan rencana-rencana yang telah dibuat juga oleh oleh Dinas-dinas. Pada tahap ini akan terjadi tarik ulur kepentingan antara masukan aspirasi dari masyarakat dan dinas-dinas. Perlu dicari format skala prioritas pembangunan masyarakat melalui pola perengkingan, sehingga prioritas tersebut dicapai kesepakatan bersama,. Penentuan skala prioritas ini tidak boleh dilakukan secara sepihak karena hasil dari pelaksanaan kegiatan ini nantinya akan menjadi Rencana Anggaran dan Pendapatan Daerah (RAPBD). Draft APBD ini kemudian diajukan oleh pemerintah kabupaten untuk dimusyawarahkan dengan DPRD (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah).

Proses tersebut adalah merupakan bukti adanya partisipasi masyarakat, dan pentingnya partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan.

## Partisipasi Dalam Pembangunan Fisik di Pedesaan

Pembangunan daerah pedesaan atau pembangunan desa itu adalah sangat penting dalam konteks pembangunan nasional, karena sekitar 65 % dari total penduduk Indonesia berada dan melakukan kegiatan di daerah pedesaan. Wilayah pedesaan sangat luas, jumlah penduduknya sangat banyak, tingkat pendapatan, pendidikan dan derajat kesehatan rendah ditambah lagi aksesibilitas terhadap faktor produktif, modal usaha dan investasi, dan memperoleh informasi sangat lemah, sehingga kemajuan dan kesejahteraan masyarakat pedesaan jauh tertinggal dibandingkan masyarakat perkotaan.

Terdapat kesenjangan atau ketimpangan sosial dan ekonomi antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan. Melaksanakan pembangunan di daerah pedesaan menghadapi hambatan dan kendala yang tidak ringan dilihat dari aspek geografis, topografis, demografis, ketersediaan prasarana dan sarana, kelemahan dalam akses terhadap modal dan informasi pasar, kemampuan sumber daya manusia (SDM) yang lemah, partisipasi masyarakat masih belum secara proaktif, kemampuan kelembagaan pedesaan masih lemah, dan masih banyak kelemahan operasional dan fungsional lainnya. Memperhatikan berbagai hambatan, kendala dan kelemahan-kelemahan di atas, salah satu upaya yang dianggap sangat penting yaitu mendorong, meningkatkan, mengembangkan dan mengaktualisasikan kekuatan dan kemampuan yang bersumber di dalam masyarakat pedesaan itu sendiri yaitu yang disebut "Partisipasi Masyarakat". Partisipasi berarti prakarsa, peran aktif dan keterlibatan



semua pelaku pembangunan termasuk penyedia dan penerima pelayanan, serta lingkungan sosialnya dalam pengambilan keputusan, perumusan rencana, pelaksanaan kegiatan dan pemantauan pelaksanaan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial. Prakarsa dan peran serta secara aktif anggota masyarakat berarti pelibatan anggota masyarakat dalam berbagai kegiatan pembangunan masyarakat.

Partisipasi masyarakat sangat dibutuhkan dalam proses pembangunan desa sebagai pendukung agar pembangunan lebih berhasil. Konsep pembangunan partisipatif merupakan suatu proses pemberdayaan pada masyarakat sehingga masyarakat mampu untuk mengidentifikasi kebutuhannya sendiri atau kebutuhan masyarakat sebagai suatu dasar perencanaan pembangunan. Adanya partisipasi masyarakat dapat dijadikan tolak ukur dalam menilai keberhasilan pembangunan desa partisipasi masyarakat memiliki banyak bentuk, mulai dari yang berupa keikutsertaan masyarakat langsung dalam program pemerintahan maupun yang sifatnya tidak langsung, seperti berupa sumbangan dana tenaga pikiran maupun pendapat dalam pembuatan kebijakan pemerintah. Namun demikian, ragam dan kadar partisipasi sering kali hanya ditentukan berdasarkan banyaknya individu yang dilupakan. Partisipasi mendorong setiap langkah masyarakat untuk menggunakan hak dalam menyampaikan pendapat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut kepentingan masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung. Selain itu pelaksanaan tugas dari pemerintah tersebut terkait dengan rencana pembangunan tahunan di daerah juga



didasarkan pada Pemendagri No.9 Tahun 1982 tentang pedoman penyusunan perencanaan dan pengendalian pembangunan Di daerah (P5D).

Partisipasi dalam pembangunan dapat dilakukan dengan dengan beberapa macam, yaitu : Pertama, Partisipasi masyarakat dalam mengidentifikasi Potensi dan kondisi sumber daya. Potensi sumber daya alam yang dimiliki mempunyai pengaruh penting karena desa-desa yang memiliki sumber daya alam yang potensial, umumnya memiliki tingkat pendapatan masyarakat yang relative tinggi, kondisi pembangunan di desa sudah lebih maju, desa tertata dan terkelola dengan baik.. Partisipasi masyarakat tetap diperlukan untuk kegiatan-kegiatan yang bersifat menyempurnakan dan memperkuat keakraban antar anggota masyarakat pedesaan. Sebaliknya untuk pedesaan yang berpendapat relative rendah diperlukan partisipasi masyarakat lebih sering frekuensinya dan meliputi jenis kegiatan pembangunan secara luas (misalnya pembangunan jalan desa dan lainnya) yang memerlukan kerja gotong royong yang lebih sering digunakan. Dalam hal ini potensi sumber daya yang dimiliki oleh berbagai suatu daerah merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari perkembangan alam ataupun sumber daya tersebut. Keterlibatan masyarakat dalam melihat potensi dan kondisi sumber daya dapat dilihat dari cara bagaimana warga memberikan masukan pendapat dengan melihat perkembangan potensi di desa nya dengan cara saling berinteraksi satu sama lain dengan masyarakat ataupun dengan bapak kepala desa, melihat dimana letak potensi keadaan sumber daya yang ada, dengan melihat perkembangan penduduk

yang semakin bertambah tidak menutup kemungkinan semakin bertambah juga potensi desa. Partisipasi dalam bentuk non fisik berupa Partisipasi masyarakat dalam mengidentifikasi potensi dan kondisi sumber daya secara langsung dalam setiap proses pembangunan suatu masyarakat mutlak bagi tercapainya tujuan pembangunan. Partisipasi masyarakat yaitu usaha untuk menumbuhkan keikutsertaan masyarakat agar dalam proses pembangunan dapat meringankan beban dan akhirnya pembangunan itu dapat dirasakan secara adil dan sejahtera. Oleh sebab itu dalam partisipasi Non Fisik masyarakat sangat mendasar sekali, terutama dalam tahap perencanaan dan pengambilan keputusan. Karena keikutsertaan ini adalah ukuran tingkat partisipasi masyarakat. Semakin besar kemampuan dalam program pembangunan maka semakin besar hasil yang diperoleh dari partisipasi masyarakat tersebut. Pada tahap-tahap tertentu keterlibatan masyarakat sangatlah di butuhkan mengingat ide-ide atau pemikiran dapat menjadi bahan pertimbangan.

Kedua, Partisipasi masyarakat dalam diskusi kelompok secara terfokus (*Focus Group Discussion*). FGD ini untuk membahas besaran anggaran yang dikeluarkan, dana tersebut ditujukan khusus untuk pembangunan jalan kampung dusun juri serta ketebalan paving yang akan di beli dan melihat dari jangka panjang nya serta menyesuaikan besaran anggaran dana. Kemudian hasil dari FGD tersebut diteruskan melalui hasil RPJMD ke tingkat kecamatan.. Dalam pelaksanaan nya keterlibatan FGD adalah warga masyarakat, kepala dusun RT/RW, Kader pembangunan desa,

Ketiga, <sup>2</sup> Partisipasi masyarakat dalam rembug desa, Pembangunan pedesaan merupakan salah satu pembangunan yang hasilnya sangat diharapkan oleh masyarakat melalui <sup>13</sup> Anggaran Dana Desa, yang telah di berikan oleh pemerintah kepada pemerintah daerah untuk dapat di rasakan bersama secara adil dan merata. Maka dari itu kepala desa dituntut agar melaksanakan program-program yang di inginkan segera terlaksana, agar desa tersebut tidak mengalami ketertinggalan di era modern seperti ini. dalam hal ini membutuhkan peran serta masyarakat agar mau berpartisipasi terhadap pembangunan pedesaan tersebut. Dalam pelaksanaannya biasanya rembug desa dilaksanakan di balai desa yang di undang adalah para kepala dusun dan semua warga desa yang mau ikut berperan serta dalam pembangunan dalam hal ini penyelenggaranya adalah kepala desa.

Dalam rembug desa tersebut masyarakat bebas beraspirasi sesuai dengan keinginannya masing-masing, oleh sebab itu dapat di kelompokkan menjadi 2 yaitu:

a) Partisipasi masyarakat dalam bentuk pendapat.

<sup>3</sup> Partisipasi masyarakat secara langsung dalam setiap proses pembangunan suatu masyarakat mutlak bagi tercaainya tujuan pembangunan. Partisipasi masyarakat yaitu usaha untuk menumbuhkan keikutsertaan masyarakat agar dalam proses pembangunan dapat meringankan beban dan akhirnya pembangunan itu dapat dirasakan secara adil dan sejahtera. <sup>5</sup> Oleh sebab itu dalam partisipasi dalam berpendapat sangat mendasar



sekali, terutama dalam tahap perencanaan dan pengambilan keputusan. Karena keikutsertaan ini adalah ukuran tingkat partisipasi masyarakat. Semakin besar kemampuan dalam program pembangunan maka semakin besar hasil yang diperoleh dari partisipasi masyarakat tersebut.

#### b) Partisipasi Dalam Pengambilan Keputusan.

Pengambilan keputusan terhadap suatu kegiatan yang akan dilaksanakan merupakan tahap yang paling sulit, dimana pada tahap ini diharapkan keputusan yang diambil memberikan kepuasan bagi semua pihak, sehingga tidak ada yang kecewa dengan keputusan tersebut. Tidak berbeda dengan pernyataan tersebut, pada rapat perencanaan pembangunan pedesaan ini diharapkan keputusan yang diambil harus benar-benar mewakili aspirasi masyarakat Desa Tejawangi. Jadi, agar keputusan yang dibuat tepat sasaran maka dalam perumusannya diperlukan partisipasi aktif dari masyarakat. Dalam hal ini rembug desa dilaksanakan selama disesuaikan dengan kondisi masyarakat masing-masing dalam mencapai kesepakatan. Setelah itu dilaksanakan Musyawarah pembangunan. Kegiatan yang dilakukan dalam Musyawarah pembangunan, membahas konsep yang telah disusun Lembaga Pemberdayaan Masyarakat (LPM) yaitu tentang : Tujuan dan rencana yang disusun, Sasaran yang ingin dicapai, Volume kegiatan, Jumlah biaya.

Keterlibatan masyarakat dalam rembug desa sangat berperan penting, dimana kelompok masyarakat yang mau ikut berpartisipasi dapat bebas memberikan pendapat sesuai dengan keinginannya,

dapat disimpulkan bahwa keputusan kepala desa yang diambil tentang rencana pembangunan jalan kampung dusun merupakan keputusan yang mufakat. Karena keputusan ini benar-benar dibuat atas dasar aspirasi warga, jadi bisa dikatakan bahwa partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan yang diadakan pada saat rapat perencanaan pembangunan jalan kampung dusun ditentukan oleh kepala desa.

Keempat, Partisipasi masyarakat dalam implementasi program, Pelaksanaan nya diserahkan kepada pelaku pembangunan local yang berkapasitas, dan jika tidak ada yang memenuhi persyaratan maka akan diserahkan kepada pembangunan local yang berkapasitas, dengan dilaksanakan nya program penerapan dari pemerintah maka dalam pelaksanaan ini program pembangunan pedesaan sudah diterapkan oleh kepala desa setempat, kemudian kalau masalah dana sudah di berikan oeh pemerintah.

Sesuai dengan hal ini, maka penerapan pembangunan program pedesaan juga melibatkan peran aktif dari masyarakat yaitu berupa partisipasi yaitu :

#### 5 1. Partisipasi dalam sumbang tenaga

Salah satu bentuk partisipasi dalam proses pembangunan yang merupakan wujud dari rasa tanggung jawab masyarakat adalah sikap mendukung terhadap proses pembangunan antara lain ditunjukkan melalui partisipasi aktif atau tenaga.

Sebagaimana diketahui bahwa dalam suatu masyarakat tidak semua berpartisipasi secara penuh, hal ini disebabkan karena adanya kemampuan, perbedaan antara anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya.

Partisipasi tenaga yang dimaksudkan disini adalah bagaimana masyarakat terlibat secara langsung dalam pelaksanaan pembangunan. Menurut hasil pengamatan kerja bakti atau gotong royong dilakukan sekali dalam seminggu atau minimal dua kali dalam sebulan. Adapun kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan yaitu membersihkan air, perbaikan jalan. Untuk mengetahui partisipasi masyarakat desa biasanya dalam bentuk tenaga dapat dilihat pada kegiatan-kegiatan seperti kerja bakti. Seperti data yang diperoleh, diketahui bahwa kegiatan yang melibatkan fisik atau tenaga masyarakat seperti gotong royong dalam membersihkan saluran air, perbaikan jalan. Partisipasi pembangunan tidak hanya pada saat pelaksanaan. Tapi juga perawatan dan pemeliharaan juga tetap merupakan partisipasi dari pembangunan. Dari keterangan diatas, dapat disimpulkan bahwa partisipasi warga dalam bentuk tenaga pada pelaksanaan jalan ini diwujudkan melalui gotong royong setiap 2 minggu sekali pukul 07.00 WIB. dan pada gotong royong tersebut terlihat antusias dari warga untuk turut serta berpartisipasi dalam pembangunan jalan tersebut.

## 2. Partisipasi dalam bentuk materi.



Dana merupakan salah satu penggerak utama yang menentukan dalam penyelenggaraan pembangunan, tetapi yang tidak kalah pentingnya adalah sumbangan masyarakat dalam bentuk materi (barang). Hal ini didasari karena adanya rasa tanggung jawab masyarakat terhadap pembangunan yang dilaksanakan di daerahnya.

Sumbangan materi (barang biasanya dilakukan secara langsung. Dimana sumbangan materi (barang) tersebut diperuntukkan untuk pembangunan masjid, jembatan, perbaikan jalan dan sarana-sarana umum lainnya yang berupa pasir, batu, dan kayu.

### 16 3. Partisipasi dalam bentuk sumbangan uang

Dalam upaya menggerakkan program pembangunan jalan, dana merupakan salah satu penggerak utama yang menentukan dalam menyelenggarakan pembangunan. Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pembangunan tanpa didorong oleh dana yang memadai prosesnya akan tidak seimbang dan hal ini merupakan fenomena umum yang dialami oleh setiap daerah. Untuk mengantisipasi fenomena tersebut di atas, berbagai upaya dilakukan termasuk di dalamnya kemampuan pemerintah kelurahan untuk menyelenggarakan pembangunan secara berkelanjutan. Keterlibatan masyarakat dalam bentuk sumbangan uang adalah partisipasi anggota masyarakat yang secara sukarela menyumbangkan uang untuk pembangunan.

### 21 4. Partisipasi masyarakat dalam pemantauan dan pengawasan

Dimana masyarakat local dimanfaatkan untuk kegiatan tersebut, dengan alasan bahwa masyarakat adalah merupakan pihak yang memperoleh manfaat dari pembangunan program atau proyek tersebut, maka mereka berhak dan wajib dilibatkan dalam pemantauan dan pengawasan. Kalau melihat bentuk pengawasan seperti apa warga desa tejawangi sering kali melakukan pemeliharaan hasil pembangunan pedesaan, mereka bergotong royong 1 bulan sekali mengontrol pembangunan tersebut, pemeliharaan harus lah dilakukan dengan kerelaan berpartisipasi secara suka rela dalam hal itu pembangunan tersebut dapat memberikan hasil yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat desa.

Tahap pelaksanaan dalam pembangunan serta dalam mengawasi pembangunan pedesaan tersebut juga harus didukung dengan kerelaan dalam berpartisipasi karena pembangunan jalan tersebut juga ditujukan kepada masyarakat sekitar agar dapat memberikan manfaat yang dapat dirasakan secara adil dan nyata. Dalam hal ini partisipasi masyarakat nya adalah dengan menyumbang kue, ataupun makanan kepada pelaksana pembangunan yaitu ; kuli dan tukang. Maka dari itu bagaimana cara melakukannya adalah hak masyarakat untuk mendapatkan informasi dan terlibat aktif mengawasi pelaksanaan pembangunan serta melaporkan hasil pemantauan dan berbagai keluhan terhadap pelaksanaan pembangunan desa kepada badan permusyawaratan desa. Untuk apa pemantauan dan pengawasan dilakukakan adalah untuk mengetahui tingkat keberhasilan pembangunan desa partisipatif.

<sup>1</sup> Banyak program pembangunan yang kurang memperoleh antusias dan partisipasi masyarakat, hal ini dikarenakan kurangnya kesempatan yang diberikan kepada masyarakat untuk berpartisipasi. Hal ini juga dapat disebabkan karena kurangnya informasi yang disampaikan kepada masyarakat mengenai kapan dan dalam bentuk apa mereka dapat atau dituntut untuk berpartisipasi. Pemberian kesempatan berpartisipasi pada masyarakat, harus dilandasi oleh pemahaman bahwa masyarakat setempat layak diberi kesempatan karena mereka juga punya hak untuk berpartisipasi dan memanfaatkan setiap kesempatan membangun bagi perbaikan mutu hidupnya.

Menurut Margono dalam Mardikanto (2003), tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat dalam pembangunan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: 1) Adanya kesempatan yang diberikan kepada masyarakat untuk berpartisipasi. Adanya kesempatan yang diberikan, merupakan faktor pendorong tumbuhnya kemauan, dan kemauan akan menentukan kemampuannya. Sebaliknya, adanya kemauan akan mendorong seseorang untuk meningkatkan kemampuan serta memanfaatkan setiap kesempatan. 2) Adanya kemauan untuk berpartisipasi. Kemauan untuk berpartisipasi merupakan kunci utama bagi tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat. Kesempatan dan kemampuan yang cukup belum merupakan jaminan bagi tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat, jika mereka sendiri tidak memiliki kemauan untuk membangun. 3) Adanya kemampuan untuk berpartisipasi, Kemampuan untuk berpartisipasi adalah : a.



Kemampuan untuk menemukan dan memahami kesempatan-kesempatan untuk membangun, atau pengetahuan tentang peluang untuk membangun (memperbaiki mutu hidupnya). b. Kemampuan untuk melaksanakan pembangunan, yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan keterampilan yang dimiliki. c. Kemampuan untuk memecahkan masalah yang dihadapi dengan menggunakan sumber daya dan kesempatan (peluang) lain yang tersedia secara optimal

## **B** Deskripsi Program PAMSIMAS

Sektor air minum dan sanitasi merupakan pelayanan publik yang mempunyai kaitan erat dengan pengentasan kemiskinan. Tidak memadainya prasarana dan sarana air minum dan sanitasi, khususnya di perdesaan dan daerah pinggiran kota (peri-urban) berpengaruh buruk pada kondisi kesehatan dan lingkungan yang memiliki dampak lanjutan terhadap tingkat perekonomian keluarga. Penyediaan prasarana dan sarana air minum dan sanitasi yang baik akan memberi dampak pada peningkatan kualitas lingkungan dan kesehatan masyarakat, serta waktu yang dapat dihemat dari usaha untuk mendapatkan air minum dan sanitasi yang baik. Ketiga dampak tersebut akan memberikan dampak lanjutan berupa peningkatan produktivitas masyarakat.

Pamsimas adalah kegiatan penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat yang dananya berasal dari kontribusi masyarakat, pemerintah daerah, pemerintah pusat dan Bank Dunia. Program ini dimulai pada tahun 2008 dan didukung oleh

Departemen Pekerjaan Umum sebagai *executing agency* bersama dengan Departemen Dalam Negeri dan Departemen Kesehatan.

Program ini menjadi prioritas kebijakan karena ada korelasi antara lingkungan yang sehat dengan derajat kesehatan masyarakat. Penyakit diare dan penyakit lain yang ditularkan melalui air dan lingkungan masih merupakan masalah kesehatan terutama di daerah pedesaan yang berpenghasilan rendah dan di pinggiran perkotaan. Survei tahun 2001 menunjukkan bahwa angka penyakit diare sebesar 301 per 1.000 penduduk, terutama menyerang anak-anak usia balita (55% dari jumlah penderita). Tingginya angka diare disebabkan antara lain karena rendahnya akses air minum dan sanitasi serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Susenas 2004, akses air bersih di pedesaan mencapai 51%, sedangkan di perkotaan 42% (rata-rata 47%). Sedangkan akses terhadap sarana sanitasi di pedesaan sebesar 53% dan daerah perkotaan 73% (rata-rata 62%).

Tujuan Pamsimas secara umum adalah meningkatkan akses pelayanan air minum dan sanitasi bagi masyarakat miskin pedesaan dan daerah pinggiran kota (peri-urban) serta menerapkan praktik hidup bersih dan sehat dengan membangun model penyediaan prasarana dan sarana air minum dan sanitasi berbasis masyarakat yang berkelanjutan mampu diadaptasi oleh masyarakat. Program ini akan menjadi model untuk direplikasi, diperluas (*scaling up*) dan diarusutamakan (*mainstreaming*) di daerah lain, dalam upaya mencapai target MDGs. Pamsimas merupakan kelanjutan dari kegiatan sebelumnya, yaitu *Water Supply and Sanitation for Low Income*

*Communities Project* (WSSLIC). Lokasi kegiatan ditetapkan berdasarkan empat kriteria, yaitu termasuk desa miskin, rendahnya ketersediaan air minum dan sanitasi, tingginya kejadian penyakit terkait air, dan belum menerima bantuan sejenis dalam dua tahun terakhir. Pemerintah menargetkan 15 provinsi, 110 kabupaten/kota, dan 5.000 desa/kelurahan untuk proyek ini termasuk program replikasi 506 desa. Dengan demikian Pamsimas diharapkan mampu mencakup 5.000 desa dari 36.000 desa tertinggal yang memiliki keterbatasan terhadap sarana air minum dan sanitasi. Melalui realisasi pelaksanaan program Pamsimas, diharapkan kebutuhan masyarakat akan air minum dan sanitasi yang layak dapat terpenuhi sehingga pada akhirnya mampu meningkatkan kesehatan dan tingkat ekonomi sosial masyarakat.

### Input, Output, Outcome dan Impact Program PAMSIMAS

Penjelasan tentang sistem kebijakan yang mencakup *input*, proses/implementasi, *output*, *outcome* dan *impact* kebijakan dijelaskan oleh Subarsono (2009). Input adalah bahan baku (raw materials) yang digunakan sebagai masukan dalam sebuah sistem kebijakan. Output adalah keluaran dari sebuah kebijakan yang dapat berupa peraturan, kebijakan, pelayanan/jasa, dan program. Outcome adalah hasil suatu kebijakan dalam jangka waktu tertentu sebagai akibat diimplementasikannya suatu kebijakan. Sedangkan *impact* adalah akibat lebih jauh pada masyarakat sebagai konsekuensi adanya kebijakan yang di implementasikan.



Bedasarkan penjelasan tersebut, maka input dari program Pamsimas<sup>19</sup> adalah sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia, yang mencakup: Ahli Lingkungan Hidup Senior, fasilitator Sosial dan Lingkungan hidup dan konsultan kabupaten.
2. Finansial/anggaran dana
3. Struktur organisasi
4. Sarana prasarana
5. Dukungan masyarakat

Untuk output kebijakan Pamsimas adalah terselenggarakannya kegiatan- kegiatan seperti pembuatan saluran air bersih, pembangunan MCK, perbaikan sistem pengelolaan limbah dan kegiatan sosialisasi kesehatan lingkungan. *Outcome* program pamsimas adalah meningkatnya dan jumlah air yang tersalurkan dalam masyarakat, meningkatnya penggunaan jamban, meningkatnya sistem pengelolaan pembuangan limbah, dan meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehaan lingkungan. *Impact* dari program pamsimas adalah meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat akibat adanya outcome-outcome di atas.

#### Implementasi PAMSIMAS

Subarsono (2009) menjelaskan bahwa evaluasi implementasi adalah upaya penilaian kebijakan ketika sedang diimplementasikan. Tidak ada jaminan bahwa suatu kebijakan yang sedang diimplementasikan akan selalu sukses. Ada banyak faktor yang

menyebabkan suatu kebijakan sukses/gagal. Untuk itu, beberapa ahli telah menjabarkan faktor-faktor penyebab sukses/gagalnya suatu implementasi kebijakan. <sup>30</sup> Dalam hal ini hal-hal yang perlu diperhatikan/digali dalam evaluasi implementasi pamsimas saya menggunakan pandangan Merse dalam Widodo dkk, (2004) yang <sup>4</sup> mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab kegagalan dalam implementasi suatu kebijakan. Berikut ini diuraikan hal-hal yang dimaksud:

### <sup>23</sup> 1. Informasi

Informasi sangat diperlukan sebagai sarana untuk penyatuan pemahaman, visi dan misi dari kebijakan yang dirumuskan. <sup>4</sup> Kekurangan informasi akan mengakibatkan adanya gambaran yang tepat baik kepada obyek kebijakan maupun kepada para pelaksana dari kebijakan yang akan dilaksanakan. Artinya, kesuksesan atau kegagalan implementasi Pamsimas sangat tergantung dari ketercukupan dan kualitas informasi yang ada pada saat implementasi.

### <sup>27</sup> 2. Isi Kebijakan

Kebijakan publik merupakan sarana untuk mengatasi permasalahan publik, <sup>4</sup> maka isi kebijakan harus jelas dan tegas serta mengandung muatan politik yang mengakomodir kepentingan seluruh stakeholders. Isi kebijakan sangat menentukan kualitas implementasinya. Semakin jelas dan rinci isi kebijakan, maka implementasi dapat diharapkan akan sukses.

### <sup>4</sup> 3. Dukungan

Dalam hal ini dapat berupa dukungan fisik maupun non fisik. Apabila pada pelaksanaannya tidak cukup dukungan untuk kebijakan tersebut, maka implementasi kebijakan akan sulit untuk dilaksanakan. Dukungan yang dimaksud adalah adanya partisipasi masyarakat. Program akan berlangsung secara berkelanjutan jika didukung oleh tingkat partisipasi masyarakat yang tinggi, dalam berbagai tahapan yang ada. Program Pamsimas adalah salah satu bentuk program pemberdayaan, maka dukungan dari masyarakat sebagai target group sangat mempengaruhi kesuksesan/kegagalan implementasi Pamsimas

#### 4. Pembagian Potensi

Pembagian potensi pada dasarnya berkaitan dengan kinerja koordinasi yang intensif antar pelaku yang ada, baik pihak pemerintah, swasta maupun masyarakat luas. Kesuksesan implementasi program Pamsimas juga sangat dipengaruhi oleh pola pembagian potensi/manfaat yang terjadi selama proses implementasi

#### 12 Dampak yang Diharapkan dan yang Tidak Diharapkan

Berdasarkan modul Pamsimas, dampak yang diharapkan (dampak positif) dari adanya program Pamsimas adalah sebagai berikut.

- i. Meningkatkan kualitas dan jumlah air yang disalurkan kepada para pelanggan, menghasilkan dampak positif terhadap kesehatan masyarakat.
- ii. Meluasnya cakupan (berlipat ganda dengan bertambahnya pemakaian) jamban, akan menyebabkan berkurangnya penyakit yang disebarkan melalui air.
- iii. Sistem pembuangan yang meningkat, dengan mengurangi pecah/kebocoran pipa, dengan memasang dengan baik sistem pembuangan limbah disebut system air.
- iv. Meningkatnya limbah rumah tangga; limbah tinja, dan pengelolaan pembuangan tinja walaupun ada temuan fakta bahwa praktek pembuangan kotoran tinja yang tidak layak masih terus menerus menjadi masalah pada masyarakat peserta proyek, mengakibatkan terpolusinya sumber air.
- v. Masyarakat dididik untuk menggunakan teknologi sederhana untuk memonitor kualitas air; dan
- vi. Meningkatnya kesadaran masyarakat akan masalah kesehatan dan Lingkungan Hidup (yang merupakan komponen utama dengan tujuan yang sama)

Adapun dampak yang tidak diharapkan (dampak negatif) dari program Pamsimas adalah sebagai berikut.

- i. Anggapan bahwa peningkatan jumlah pasokan air akan menjadikan penanganan masalah limbah (baik air bersih dan limbah rumah tangga) menjadi lebih rumit.
- ii. Meningkatnya persaingan dalam hal penggunaan sumber air



- iii. <sup>7</sup> Meluasnya titik cakupan distribusi air akan menyebabkan bertambahnya kebutuhan dana untuk memonitor sarana yang meluas;
- iv. Perencanaan yang buruk atau pembangunan fasilitas sanitasi yang tidak layak dapat menyebabkan pencemaran silang an tara jamban dan air sumur, yang berdampak buruk pada kualitas air sumur;

#### Identifikasi Faktor Penyebab Dampak yang Tidak Diharapkan

Terjadinya dampak kebijakan sangat bergantung pada tahapan implementasinya. Jadi, jika program pamsimas memberikan dampak sebagaimana yang diharapkan, maka analisa implementasi perlu diperhatikan. Dalam hal ini tentu ada banyak faktor penentu implementasi yang berjalan tidak optimal. Sebagaimana dikemukakan oleh Merse dalam Widodo dkk, (2004) di atas terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi. Artinya, kemunculan dampak negatif akibat beberpa faktor dari Merse tersebut tidak terpenuhi, yaitu sebagai berikut:

1. Kualitas, intensitas dan pola Informasi tidak baik.
2. Isi kebijakan kabur, atau dalam kata lain penjelasan-penjelasan dalam isi kebijakan belum menjelaskan aspek-aspek terkait implementasi secara rinci.
3. Dukungan tokoh masyarakat dan pimpinan masyarakat rendah
4. Pembagian potensi dan manfaat dari implementasi kebijakan yang tidak atau kurang merata



## Penutup

Pembangunan pedesaan merupakan salah satu bagian strategi pembangunan yang berkelanjutan, terutama untuk menciptakan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu peranan masyarakat dalam pembangunan sangat penting. <sup>1</sup> Partisipasi masyarakat merupakan modal utama dalam upaya mencapai sasaran program pemerintah diseluruh wilayah Republik Indonesia. Keberhasilan dalam pencapaian sasaran pelaksanaan program pembangunan bukan semata-mata didasarkan pada kemampuan aparatur pemerintah, tetapi juga berkaitan dengan upaya mewujudkan kemampuan dan keamanan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan program pembangunan. Adanya partisipasi msyarakat akan mampu mengimbangi keterbatasan biaya dan kemampuan pemerintah dalam pencapaian pelaksanaan program pembangunan tersebut. Perlu dilakukan pengembangan strategi dalam <sup>4</sup> meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan di pedesaan. Partisipasi masyarakat dapat dilakukan dalam semua proses pembangunan.



## Bagian 5. Kesimpulan

Menurut Charles Tilly (2005, 2007), salah satu dari tiga prasyarat demokratisasi adalah integrasi jaringan kepercayaan masyarakat ke dalam Negara. Untuk mendemokratisasi, menurut Tilly, negara harus menyerap kepercayaan swasta atau, secara longgar mendefinisikan, modal sosial ke dalam arena publik: harus ada perluasan partisipasi rakyat (Tilly 2007, 138). Dalam proses inilah masyarakat sipil diintegrasikan ke dalam Negara dan Negara melakukan demokratisasi.

Sejak Deklarasi Alma-Ata, keterlibatan masyarakat dan inisiatif untuk mempromosikan partisipasi warga telah berkembang. Seperti yang kita lihat di bagian pertama Elemen ini, partisipasi programatik dalam kesehatan masyarakat dipromosikan dalam konteks proses demokratisasi, baik dalam bentuk transisi ke demokrasi (Brasil dan Chili), melalui pendalaman demokrasi partisipatif yang erat kaitannya dengan belok kiri di Amerika Latin (Venezuela, Argentina, Bolivia, Ekuador), atau melalui proyek revolusioner sosial redistributif (Kuba). Di negara-negara ini, kami menemukan bahwa setidaknya secara hukum, partisipasi programatik dalam kesehatan mengambil bentuk partisipasi programatik untuk pembuatan kebijakan. Ini menyiratkan kegiatan masyarakat sipil di luar konsultasi dan pemantauan dan juga termasuk perencanaan dan pelaksanaan. Kami melihat bahwa kasus proyek partisipatif lokal dalam kesehatan masyarakat di Argentina

pada pertengahan 2000-an adalah contoh dari jenis partisipasi program ini.

Namun, kami juga melihat bahwa partisipasi programatik dalam kesehatan dapat menjadi hasil dari perbaikan sistem kesehatan (Italia, Portugal, dan Belanda) atau dari proses desentralisasi sektoral (Kolombia). Di antara negara-negara ini, partisipasi program dalam kesehatan memiliki karakteristik tipe yang kami beri label partisipasi program untuk pemantauan. Populasi diajak berkonsultasi, tetapi keputusannya tidak mengikat, dan peran utama masyarakat sipil adalah sebagai pengawas atau evaluator penyediaan layanan di tingkat lokal. Meskipun tidak ada keraguan bahwa ketika diperhitungkan dengan tepat, masukan masyarakat sipil melalui pemantauan dapat meningkatkan akuntabilitas pemerintah, kami percaya, seperti yang dilakukan oleh para sarjana lainnya (misalnya, Pateman, 2012), bahwa partisipasi masyarakat untuk pembuatan kebijakan diperlukan jika integrasi jaringan kepercayaan masyarakat ke dalam negara adalah untuk melakukan fungsi demokratisasi.

Analisis kami terhadap proyek-proyek partisipatif lokal (PLP) dalam kesehatan masyarakat di Argentina telah menunjukkan bahwa elit sektoral berperan penting dalam proses mewujudkan lembaga-lembaga partisipatif, seperti yang dikatakan oleh Mayka (2019) untuk kasus dewan kesehatan lokal di Brasil, dan sebagai Harris (2017) telah mendokumentasikan kasus reformasi kesehatan untuk universalisasi akses. Pembuat kebijakan progresif yang bertindak atas nama kepentingan orang lain membawa proyek partisipatif lokal di

Argentina, misalnya, atau dewan kesehatan lokal di Brasil. Namun, kami percaya justru kurangnya gerakan sosial yang terorganisir di belakang para pemimpin itu yang berarti bahwa program PLP berumur pendek dan sangat tergantung pada kemauan politik para pemimpin nasional. Sebaliknya, seperti yang ditunjukkan di tempat lain (Falleti dan Riofrancos, 2018), ketika institusi partisipatif muncul karena permintaan masyarakat dan sektor-sektor yang dimobilisasi untuk adopsi mereka dimasukkan secara politis, institusi partisipatif lebih mungkin diimplementasikan, ditegakkan, dan diperkuat dari waktu ke waktu.

Mengenai program PLP, kami juga telah menunjukkan bahwa program ini menargetkan populasi miskin. Tidak seperti bentuk-bentuk partisipasi politik lainnya, partisipasi programatik dalam kesehatan masyarakat di negara-negara berkembang memang bisa menjadi sarana untuk menggabungkan sektor-sektor yang paling membutuhkan dalam populasi. Kami juga menemukan bahwa di sebagian besar pengaturan miskin dan pedesaan atau semi-perkotaan, perempuan berpartisipasi lebih dari laki-laki baik pada tahap memprioritaskan masalah dalam kesehatan dan pada akhir proses. Paling tidak di salah satu PLP, perempuan melaporkan merasa diberdayakan sebagai hasil dari pengetahuan yang diperoleh melalui PLP dan peluang baru untuk kepemimpinan dan menjadi sukarelawan di komunitas mereka. Namun, keterlibatan atau penggabungan masyarakat sipil semacam itu tidak bersifat langsung. Ketika kami tahu, tenaga kesehatan adalah perantara utama (atau "penghubung") antara masyarakat dan birokrasi negara yang lebih



besar dalam bidang kesehatan serta dengan otoritas politik lokal. Mereka dapat menjaga impuls klientelistik dari politisi lokal dan mencegah, dalam beberapa kasus, kooptasi proyek untuk keuntungan partisan atau partikularistik.

Analisis program PLP juga menunjukkan pentingnya seperangkat pedoman yang jelas dan dirancang dengan baik untuk memprioritaskan masalah, dan untuk mengidentifikasi penyebab dan strategi tindakan partisipatif masyarakat yang terprogram. Akhirnya, kami tidak menemukan bukti dalam PLP bahwa hubungan sinergis antara perwakilan dan warga diperlukan untuk partisipasi yang berarti. Keterkaitan yang paling penting adalah antara masyarakat dan petugas kesehatan. Hubungan dengan kotamadya atau pemerintah daerah kadang-kadang bersifat sinergis dan produktif, atau konflik berkuda dan tidak produktif dalam kasus lain. Dalam kedua kasus tersebut, tingkat keterlibatan masyarakat dalam proyek dan keberhasilan penerapannya tidak berkorelasi dengan partisipasi oleh otoritas kota.

Apakah partisipasi terprogram dalam kesehatan adalah obat mujarab? Tentu tidak. Seperti yang kita lihat dalam analisis lintas negara komparatif, partisipasi tidak selalu berarti inklusi. Beberapa sarjana menyoroti masalah keterwakilan yang bias terhadap penyedia layanan kesehatan atau organisasi pasien dengan lebih banyak pengetahuan dan sumber daya, seperti dalam kasus Italia, Portugal, dan Belanda, misalnya. Dalam kasus PLP di Argentina, kami juga menemukan bahwa hubungan antara partisipasi

masyarakat terprogram di tingkat lokal dan kepemimpinan politik adalah hubungan yang kompleks. Terancam oleh meningkatnya kepemimpinan baru, para pemimpin politik lokal dapat bersaing dengan partisipasi terprogram atau upaya untuk memilihnya. Diperlukan lebih banyak penelitian untuk lebih memahami kondisi konteks lokal yang mengarah pada insentif kolaboratif atau kompetitif antara komunitas terorganisir dan politisi lokal. Terlepas dari bidang ketidakpastian ini, PLPs di Argentina memang membawa, melalui partisipasi masyarakat terprogram, yang dikoordinasikan oleh tenaga kesehatan, solusi bagi masyarakat yang sangat membutuhkan mereka dan memberi mereka alat organisasi yang selamat dari ruang lingkup proyek. Hasil ini mungkin menjadi pertanda baik bagi inovasi kelembagaan tersebut untuk partisipasi masyarakat dalam sistem kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh proses reformasi politik, setidaknya di mana mereka belum mencapai kelelahan (Venezuela) atau eliminasi (Argentina). Ini juga menunjukkan potensi yang mungkin dimiliki lembaga partisipasi program untuk pemantauan sipil jika diperluas untuk mencakup lebih banyak kegiatan masyarakat sipil dan untuk memberi masyarakat sipil lebih banyak peran dalam pembuatan kebijakan.

# PARTISIPASI MASYARAKAT DAN KEBIJAKAN PUBLIK

## ORIGINALITY REPORT

14%

SIMILARITY INDEX

### PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://contohmakalah-doc.blogspot.com">contohmakalah-doc.blogspot.com</a> Internet	483 words — 2%
2	<a href="http://konsultankti.wordpress.com">konsultankti.wordpress.com</a> Internet	463 words — 2%
3	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet	263 words — 1%
4	<a href="http://repository.usu.ac.id">repository.usu.ac.id</a> Internet	246 words — 1%
5	<a href="http://docobook.com">docobook.com</a> Internet	192 words — 1%
6	<a href="http://eprints.ung.ac.id">eprints.ung.ac.id</a> Internet	146 words — 1%
7	<a href="http://journal.uta45jakarta.ac.id">journal.uta45jakarta.ac.id</a> Internet	141 words — 1%
8	<a href="http://sanitasimasyarakat.blogspot.com">sanitasimasyarakat.blogspot.com</a> Internet	120 words — 1%
9	<a href="http://hany-loveenvironment.blogspot.com">hany-loveenvironment.blogspot.com</a> Internet	113 words — < 1%
10	<a href="http://2frameit.blogspot.co.id">2frameit.blogspot.co.id</a> Internet	106 words — < 1%
11	<a href="http://rumahilmupart3.blogspot.com">rumahilmupart3.blogspot.com</a> Internet	90 words — < 1%
12	<a href="http://media.neliti.com">media.neliti.com</a> Internet	83 words — < 1%

13	<a href="http://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Internet	76 words — < 1%
14	<a href="http://dunia-kampus-blogger-bulukumba.blogspot.com">dunia-kampus-blogger-bulukumba.blogspot.com</a> Internet	76 words — < 1%
15	<a href="http://repository.unhas.ac.id">repository.unhas.ac.id</a> Internet	73 words — < 1%
16	<a href="http://kuliahtantan.blogspot.com">kuliahtantan.blogspot.com</a> Internet	66 words — < 1%
17	<a href="http://desiwidiasari.blogspot.com">desiwidiasari.blogspot.com</a> Internet	53 words — < 1%
18	<a href="http://id.123dok.com">id.123dok.com</a> Internet	50 words — < 1%
19	<a href="http://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Internet	41 words — < 1%
20	<a href="http://ciptakarya.pu.go.id">ciptakarya.pu.go.id</a> Internet	20 words — < 1%
21	<a href="http://eprints.umm.ac.id">eprints.umm.ac.id</a> Internet	19 words — < 1%
22	<a href="http://docplayer.info">docplayer.info</a> Internet	18 words — < 1%
23	<a href="http://aimos.ugm.ac.id">aimos.ugm.ac.id</a> Internet	17 words — < 1%
24	<a href="http://documents.mx">documents.mx</a> Internet	17 words — < 1%
25	Nawir A.A., Murniati, Rumboko L., (eds.). "Rehabilitasi hutan di Indonesia: akan kemanakah arahnya setelah lebih dari tiga dasawarsa?", Center for International Forestry Research (CIFOR), 2008 Crossref	15 words — < 1%
26	<a href="http://adoc.tips">adoc.tips</a> Internet	12 words — < 1%

27	<a href="http://eprints.uny.ac.id">eprints.uny.ac.id</a> Internet	11 words — < 1%
28	<a href="http://kesehatanlingkungan-indonesia.blogspot.com">kesehatanlingkungan-indonesia.blogspot.com</a> Internet	11 words — < 1%
29	Tulia G. Falleti, Thea N. Riofrancos. "Endogenous Participation", World Politics, 2017 Crossref	11 words — < 1%
30	<a href="http://www.marmergranitimport.com">www.marmergranitimport.com</a> Internet	8 words — < 1%
31	<a href="http://widuri.raharja.info">widuri.raharja.info</a> Internet	8 words — < 1%
32	<a href="http://josuatrgn.blogspot.com">josuatrgn.blogspot.com</a> Internet	8 words — < 1%
33	<a href="http://locusfisipunipas.blogspot.com">locusfisipunipas.blogspot.com</a> Internet	8 words — < 1%
34	<a href="http://mitrakab.go.id">mitrakab.go.id</a> Internet	8 words — < 1%
35	<a href="http://www.newikis.com">www.newikis.com</a> Internet	8 words — < 1%
36	<a href="http://www.pediatrics.org">www.pediatrics.org</a> Internet	8 words — < 1%
37	<a href="http://www.handbagsoutlet.in.net">www.handbagsoutlet.in.net</a> Internet	8 words — < 1%
38	<a href="http://www.inac.gob.ve">www.inac.gob.ve</a> Internet	8 words — < 1%
39	<a href="http://onlinelibrary.wiley.com">onlinelibrary.wiley.com</a> Internet	8 words — < 1%
40	<a href="http://jpicofmindonesia.com">jpicofmindonesia.com</a> Internet	8 words — < 1%



---

EXCLUDE QUOTES      OFF  
EXCLUDE  
BIBLIOGRAPHY      OFF

EXCLUDE MATCHES      OFF