

TATA KELOLA PERENCANAAN DAN PELAKSANAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

(Studi Mengenai Partisipasi Masyarakat dan Kompleksitasnya di Kota Cimahi)¹

Hendrikus Triwibawanto Gedeona
Dosen STIA LAN Bandung
e-mail: hendrikusgedeona@gmail.com

Abstrak

Pergeseran paradigma penyelenggaraan pemerintahan dari *government* menuju *governance* menempatkan adanya kebutuhan akan partisipasi masyarakat dalam mengatur dan mengurus urusan dan kepentingan publik secara lebih baik, *legitimate*, akuntabel, dan efektif ketimbang tanpa partisipasi masyarakat. Riset ini bertujuan menganalisis partisipasi masyarakat dan kompleksitasnya serta strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Metode penelitian kualitatif dengan paradigma post-positivistik digunakan untuk mengungkapkan tujuan penelitian. Penelitian ini menemukan bahwa partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi menerapkan pendekatan *quasi-bottom up* melalui mekanisme informal dan formal.

Mekanisme informal berada pada derajat partisipasi warga, mekanisme formal berada pada derajat konsultasi. Pada pelaksanaan pembangunan kesehatan, masyarakat Cimahi telah menciptakan institusi kerja lokal yang difungsikan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan melalui usaha kesehatan berbasis masyarakat, perilaku hidup bersih dan sehat, dan menciptakan kesehatan lingkungan. Pendekatan pembangunan masyarakat melalui Forum Kota Sehat, Forum RW Siaga serta sekolah-sekolah sebagai fondasi dalam membangun kesadaran seluruh masyarakat Cimahi untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan. Kompleksitas partisipasi masyarakat dalam perencanaan maupun pelaksanaan pembangunan kesehatan terjadi karena adanya kendala faktor *eksternal* dan *internal* yang saling terkait dan *interdependensi*. Strategi pemberdayaan diterapkan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat melalui peningkatan kapasitas individu, kelompok dan jejaring kerja, baik terhadap pemerintah maupun terhadap masyarakat.

Kata kunci: *Partisipasi masyarakat dan kompleksitasnya, strategi peningkatan partisipasi masyarakat, dan pembangunan kesehatan.*

THE ADMINISTRATION OF HEALTH DEVELOPMENT PLAN AND IMPLEMENTATION (A Study of Public Participation dan Its Complexity in Cimahi City)

Abstract

The paradigm shift from government towards governance puts the need for public participation in organizing and dealing with the public affairs and interests in a better, legitimate, accountable, and effective way. This research aims at analyzing public participation and its complexity. It also tries to put forward strategies for improving public participation in health promotion. It employs a post-positivistic, qualitative method. The research result shows that the public participation in the health development planning in Cimahi City applied a quasi-bottom-up approach through informal and formal mechanisms.

The informal mechanism represented the citizen participation level. The formal mechanism indicated the consultation level. In the implementation of health development, the community of Cimahi City had created local operating institutions that carried out activities related with the health promotion through community-based healthcare efforts, clean and healthy lifestyle behaviors, and environmental sanitation endeavors. The approach to community development was conducted through the Healthy City Forum, Alert Community Unit, and schools as the bases for building awareness of the whole society to participate in the Cimahi City health promotion. The complexity of public participation in the planning and implementation of health promotion occurred due to the constraints of external and internal interrelated and interdependent factors. Empowerment strategies were implemented to raise public participation through the capacity building of individuals, groups and networks, both of the government and the community.

A. PENDAHULUAN

Latar Belakang

Adanya pergeseran paradigma penyelenggaraan pemerintahan dari *government* ke *governance* dan pendekatan pembangunan yang *top down* ke pendekatan *bottom-up* menempatkan partisipasi masyarakat menjadi prasyarat penting menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) dan pembangunan yang baik (*good development*). Selain itu, pada tataran empiris ada

berbagai fakta berupa praktik dan tuntutan penerapan pendekatan partisipasi masyarakat dalam tata kelola pemerintahan dan pembangunan pasca Gerakan Reformasi di Indonesia, seperti perubahan sistem penyelenggaraan negara menjadi demokratis, perubahan sistem dan manajemen pemerintah daerah dari sentralistik ke desentralistik, instruksi pemerintah (Surat Edaran Bersama Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional dan Menteri

¹ Artikel ini merupakan ringkasan dari Disertasi penulis yang berjudul "Partisipasi Masyarakat dan Kompleksitasnya dalam Pembangunan Kesehatan di Kota Cimahi"

Dalam Negeri Nomor: 0259/M.PPN/I/2005 dan 050/166/SJ, tanggal 20 Januari 2005) terkait penerapan pendekatan partisipasi dalam proses perencanaan pembangunan daerah dan dorongan dari berbagai Lembaga dan NGO internasional untuk menerapkan pendekatan partisipasi dalam berbagai program pembangunan di Indonesia. Berbagai alasan itu menempatkan partisipasi masyarakat sebagai sebuah prasyarat yang bersifat *conditio sine qua non* dalam tata kelola pemerintahan dan pembangunan guna mengatur dan mengelola sumber daya, memecahkan masalah-masalah publik (*public problems*) dan berbagai urusan publik (*public affairs*) yang diproposisikan akan menjadi lebih baik dibandingkan dengan tanpa partisipasi masyarakat.

Salah satu urusan publik yang penting saat ini adalah pembangunan kesehatan. Sektor ini menjadi perhatian pemerintah dan birokrasinya dalam melaksanakan perannya dalam pembangunan, baik di Pusat maupun di Daerah termasuk di Kota Cimahi guna mencapai *Human Development Index* (HDI)² yang lebih baik, yang praktiknya menggunakan pendekatan partisipasi masyarakat (Renstra Dinas Kesehatan Kota Cimahi, 2007-2012). Pemerintah Kota Cimahi dengan tegas mengatakan bahwa orientasi pembangunan kesehatan yang semula menekankan upaya pelayanan kesehatan secara kuratif dan rehabilitatif, saat ini telah berubah menjadi upaya pembangunan kesehatan yang terintegrasi menuju kawasan sehat dengan *peran aktif masyarakat*, dengan menekankan pentingnya upaya secara promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Sehingga pilihan terhadap pembangunan kesehatan di Kota Cimahi sebagai *setting* untuk mengkaji dan menganalisis partisipasi masyarakat menjadi alasan penelitian yang penting. Apalagi, pembangunan kesehatan menuju derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik dengan pendekatan partisipasi masyarakat tersebut, fakta empirik menunjukkan masih belum terlaksana dengan optimal, baik pada tataran perencanaan dan implementasinya, meskipun pemerintah Kota Cimahi mengalami suatu pencapaian pembangunan kesehatan yang baik dengan indikator mendapat penghargaan Kota Sehat dari penghargaan yang terendah sampai yang tertinggi³ pada periode waktu 2007-2012 (Renstra 2007-2012).

Berdasarkan latar belakang masalah maka tujuan penelitian ini adalah: (1) Menganalisis partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi?; (2) Menganalisis kompleksitas partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi?; (3) Menganalisis strategi peningkatan partisipasi

masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi?

B. TINJAUAN PUSTAKA

Kebermaknaan Partisipasi Masyarakat dalam Perspektif Administrasi Publik

Kebermaknaan partisipasi masyarakat dalam konsep dan teori administrasi publik dapat ditinjau dari pergeseran paradigma yang berkembang dalam teori administrasi publik, mulai dari paradigma klasik atau *Old Public Administration* (Simmons & Dvorin, 1977; Frederickson, 1999; Prasojo, 2009), *New Public Management* (Osborne & Gaebler, 1992; Ferlie, Ashburner, Flitzgerald dan Pettigrew, 1997; Acompo, 1998; Reichard, 2001; Vigoda, 2003;), *New Public Service* (Denhardt & Denhardt, 2003), sampai dengan paradigma *Governance* (Rhodes, 1997; Box, 1998; Giddens, 1998; Donald Kettl, 2002; Agronoff & McGuire, 2003; Ronsenbloom, 2005; Rondinelli, 2007; Sumarto, 2009). Dari pergeseran paradigma itu, sari penting yang dapat dimaknai bahwa dalam tata kelola pemerintahan sebagai upaya mengatur dan mengurus urusan dan kepentingan publik mengalami pergeseran dari yang didominasi oleh pemerintah dan birokrasinya menuju pada keterlibatan berbagai aktor selain pemerintah dan birokrasinya. Ruang pelibatan masyarakat memiliki arti penting dan strategis dalam mengatur dan mengurus urusan dan kepentingan publik. Hal itu nampak dengan jelas dari doktrin masing-masing paradigma yang diungkapkan oleh Tiihonen (2004) dalam bukunya "*From Governing to Governance*" dan Folke, et al (2005) dalam makalah ilmiah yang berjudul "*Adaptive Governance of Social-Ecological Systems*". Secara ringkas dan gamblang dikatakan bahwa dalam doktrin paradigma *Old Public Administration* (OPA), upaya mengatur dan mengurus urusan dan kepentingan publik, penekanannya pada penggunaan kontrol untuk mencapai efektivitas dan efisiensi, kebermaknaan partisipasi publik sangat minim bahkan terabaikan. Sedangkan dalam paradigma *New Public Management* atau Administrasi Publik Baru lebih menekankan pada spirit kewirausahaan dan adanya insentif untuk mencapai produktivitas serta mulai memaknai pentingnya partisipasi masyarakat. Adapun dalam paradigma *New Public Service* dan *governance* ditekankan adanya struktur dan proses dimana masyarakat memiliki peran penting dan turut serta dalam pengambilan keputusan, menentukan kebijakan, *sharing* kekuasaan dan implementasinya.

Penggunaan pendekatan partisipasi merupakan konstruksi baru dalam praktik administrasi publik, ada pakar yang

² IPM Indonesia menurut survei UNDP 2012 menurun dari 109 pada tahun 2009 menjadi 124 dari 187 negara. Urutan tersebut jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya, Indonesia (0,617) berada pada urutan terbawah, pertama Singapura (0,866), diikuti Brunai (0,838), Malaysia (0,761), Thailand (0,682) dan Filipina (0,644), bahkan kedua negara yang disebut pertama, IPM-nya sudah masuk kategori negara maju yang kategori IPM-nya tinggi.

³ Swasti Saba Padapa (Pemantapan) 2009, Swasti Saba Wiwerda (Pembinaan) 2011 dan Swasti Saba Wistara (Pengembangan) tahun 2012/13

menghubungkan partisipasi dengan tata kelola pemerintahan (*governance*) yang kemudian dikonseptualisasikan kedalam konsep *participatory governance*⁴ atau *democratic governance* (Rondinelli, 2009; Dwiyanto, 2004). Sementara ada pula yang melihat dan menghubungkan partisipasi tersebut dengan proses pembangunan, terutama terkait dengan peran pemerintah dan birokrasi serta masyarakat dalam pembangunan, yang dikenal dengan istilah *participatory development*⁵. Meskipun penggunaan konsep dan maknanya berbeda, tetapi ruh yang menjiwai konsep-konsep tersebut sama, yakni membahas dan menekankan pentingnya partisipasi masyarakat, baik itu dalam tata kelola pemerintahan maupun dalam proses pembangunan agar proses atau aktivitas tersebut dapat lebih baik, efektif dan akuntabel.

Pentingnya Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan (Daerah)

Pentingnya pelibatan masyarakat dalam pembangunan secara teoritis pertama kali muncul dengan adanya gagasan dari Chambers (1996) dan Willmore (2005)⁶ yang mengkritisi pendekatan pembangunan yang bersifat *top-down* yang menempatkan masyarakat sebagai obyek menjadi pendekatan pembangunan yang bersifat *bottom-up* yang menempatkan masyarakat sebagai subyek atau pusat pembangunan. Masyarakat harus diberi kesempatan untuk terlibat di dalam keseluruhan proses perencanaan dan pelaksanaan pembangunan sehingga distribusi manfaat dan keuntungan akan lebih adil bagi masyarakat.

Khusus pada konteks Indonesia, Jackson, (1978), Korten (1987), Liddle (dalam Santoso, 2002), Tjokrowinoto (2001), Suparjan (2003) dan Soetomo (2009) menemukan bahwa pada masa ORBA, penggunaan pendekatan pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan ekonomi dan mengabaikan arti penting pelibatan masyarakat di dalam pembangunan, telah melahirkan berbagai permasalahan di daerah seperti timbulnya akumulasi nilai-nilai hedonistik, ketidakperdulian sosial, erosi ikatan kekeluargaan dan kekerabatan, meluasnya dekadensi moral dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, matinya inisiatif masyarakat daerah untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi oleh mereka sendiri dan lahirnya kondisi ketergantungan yang kuat dari masyarakat kepada birokrasi-birokrasi sentralistik yang memiliki daya absorpsi sumber daya yang sangat besar namun tidak memiliki kepekaan terhadap kebutuhan-kebutuhan daerah. Bahkan Sciller (2009) menambahkan bahwa pelibatan masyarakat dalam perumusan kebijakan,

pelaksanaan dan evaluasi hasil kebijakan dapat mengatasi hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah atau krisis legitimasi negara.

Adapun, pada konteks pembangunan kesehatan, keberadaan dan pentingnya partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan dimulai sejak WHO dan UNICEF mensponsori terjadinya konferensi internasional di Alma Ata pada tahun 1978. Konferensi tersebut mendorong masyarakat untuk dapat berperan serta atau berpartisipasi penuh dalam upaya pembangunan kesehatan dengan menggunakan metode dan teknologi yang dapat diterima secara praktis (tepat guna), ilmiah dan sosial oleh setiap individu dan keluarga dalam masyarakat. Sehingga pada akhirnya masyarakat dapat hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib mereka sendiri (*self determination*) Deodhar (1982). Partisipasi masyarakat menjadi sebuah paradigma baru yang harus diaplikasikan dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan dan pemberian pelayanan kesehatan. Bahkan setelah WHO mencanangkan program *Health For All by the Year 2000*, partisipasi masyarakat semakin menjadi faktor yang menentukan keberhasilan dalam upaya pembangunan kesehatan, secara spesifik dalam mekanisme formulasi kebijakan kesehatan di berbagai negara berkembang di dunia (Oakley, 1989; Morgan, 2001; Ramiro et al, 2007; Ghosh, et.al, 2006). Sehingga kemudian orang memaknai bahwa partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan adalah sebagai '*a process by which people are enabled to become actively and genuinely involved in the defining the issues of concern to them, in making decisions about factors that affect their lives, in formulating and implementing policies, in planning, developing and delivering services and in taking action to achieve change*' (WHO, 2002, p.10).

Makna, Ruang Lingkup, Bentuk, dan Derajat Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan

Davis (1979) mengemukakan: "*participation is defined as mental and emotional involvement of persons in groups situation that encourage them to contribute to groups goals and share responsibility for the them*". Itu berarti bahwa partisipasi masyarakat bukan hanya sekadar kehadiran masyarakat tetapi lebih dari itu yakni tersirat tiga hal penting yakni: keterlibatan mental dan emosi (*mental and emotional involvement*), dorongan untuk memberikan sumbangan (*motivation to contribute*) dan penerimaan tanggung jawab (*acceptance of responsibility*). Sehingga makna partisipasi masyarakat tidak hanya melihat kontribusi masyarakat dalam bentuk pemberian tenaga, pikiran, uang dan aneka ragam sumbangan

⁴ *Participatory governance* (kepemerintahan yang partisipatif) adalah sebuah konsep yang pertama kali diperkenalkan oleh Archon Fung and Elin Olin Wright (2001) dalam tulisannya "Deepening Democracy: Innovation in Empowered Participation Governance". Pemerintahan partisipatif di sini dimaknai sebagai praktik pemerintahan yang partisipatif, dengan melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses pengambilan kebijakan publik.

⁵ *Participatory development* (partisipasi dalam pembangunan) merupakan konsep yang diperkenalkan oleh Gaventa dan Cornwall (1999) di mana konsep tersebut lebih dihubungkan dengan partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan. Konsep tradisional yang menekankan pemaknaan partisipasi sebagai partisipasi masyarakat di tingkat program dan proyek dalam skala mikro.

⁶ Perbedaan yang diberikan oleh Willmore (2003) dalam tulisannya yang berjudul dalam "*Civil Society Organizations, Participation and Budgeting*" merupakan hasil pengalamannya berkarya di beberapa negara dalam perencanaan dan penganggaran partisipatif, seperti di Brazil, Irlandia, Afrika Selatan, Canada dan Switzerland.

lainnya tetapi juga harus adanya kesadaran masyarakat berupa keterlibatan mental dan emosi, motivasi serta tanggungjawab untuk terlibat secara spontan guna melakukan hal-hal yang bermanfaat bagi peningkatan kualitas hidup mereka. Hal yang sama dikemukakan oleh Erickson (1974 dalam Soetomo, 2008) dan Ife & Tesoriero (2008) hanya dipertegas bahwa partisipasi masyarakat merupakan hak bagi masyarakat. Sehingga keterlibatan masyarakat dalam pembangunan merupakan manifestasi tanggung jawab sosial dari warga masyarakat yang terwujud di dalam setiap proses pembangunan mulai dari identifikasi permasalahan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, mitigasi, dan monitoring pembangunan agar proses pembangunan yang dilakukan dapat berkelanjutan dan akuntabel.

Pada konteks pembangunan kesehatan, partisipasi masyarakat dimaknai sebagai *'a process by which people are enabled to become actively and genuinely involved in the defining the issues of concern to them, in making decisions about factors that affect their lives, in formulating and implementing policies, in planning, developing and delivering services and in taking action to achieve change'* (WHO, 2002,10), artinya bahwa partisipasi masyarakat adalah sebuah proses dimana orang-orang dapat terlibat secara aktif untuk mendefinisikan isu-isu yang menjadi perhatian mereka,---dalam pengambilan keputusan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi hidup mereka, kemudian memformulasikan dalam bentuk kebijakan dan mengimplementasikannya---, dalam perencanaan, pembangunan dan pemberian pelayanan serta dalam tindakan untuk mencapai suatu perubahan. Artinya bahwa pembangunan kesehatan yang berhasil secara efektif, jika keterlibatan masyarakat itu sudah sejak dari perencanaan, bukan hanya dalam pelaksanaannya saja. Berangkat dari pemahaman dari beberapa pakar di atas, maka hal yang dapat disimpulkan bahwa partisipasi masyarakat dalam pembangunan merupakan suatu hak yang dimiliki individu masyarakat untuk terlibat aktif dan spontan, turut berkontribusi dan bertanggungjawab atas pembangunan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan menikmati hasil pembangunan itu sendiri⁷.

Selanjutnya, untuk mengetahui dan menganalisis partisipasi masyarakat dalam lingkup pembangunan, khususnya dalam perencanaan pembangunan, menurut Conyers (1994, 185-204) dan Cernea (1988,501), ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu: (1) siapa yang berpartisipasi?

Apakah seluruh lapisan masyarakat ataukah kelompok masyarakat tertentu yang telah terorganisir. Apa perannya? (2) bentuk partisipasinya apa? (3) Apakah masyarakat terlibat dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan atau menikmati hasil?. (4) Bagaimana komunikasi dalam perencanaan? Cara atau metode yang digunakan dalam perencanaan? (5) Sejauhmana masyarakat mempengaruhi apa yang akan diputuskan (pengambilan keputusan) (6) Bagaimana aspek kualitatifnya, yakni ada tidaknya kesadaran masyarakat: partisipasinya sukarela atau paksaan? Partisipasi yang terus menerus atau sewaktu-waktu?.

Sementara menurut Soetomo (2009) dan Mardikanto, dkk (2012), partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan dapat diketahui dari beberapa hal, yakni: tersedia atau tidaknya saluran dan media bagi pelipatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan, mekanismenya bagaimana?, pola-pola rekrutmen dari wakil-wakil yang duduk dalam lembaga pengambilan keputusan dan ada tidaknya kapasitas masyarakat serta ada tidaknya kemauan politik (*political will*) penguasa (pemerintah) untuk memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk berpartisipasi.

Berdasarkan pemahaman terhadap berbagai aspek tersebut di atas, khususnya dengan melihat sejauhmana kewenangan atau kekuasaan warga masyarakat dalam mempengaruhi pengambilan keputusan atau perubahan kebijakan dalam pembangunan, dapat diketahui derajat partisipasi masyarakat. Arnstein (1969; dalam Ife & Tesoriero, 2008) dengan teori tangga partisipasi, membagi kadar partisipasi masyarakat ke dalam tiga tangga/derajat partisipasi yang dirinci ke dalam delapan anak tangga partisipasi, mulai dari tingkatan partisipasi masyarakat yang paling rendah bahkan terkesan manipulatif dari pemegang kekuasaan sampai pada derajat partisipasi warga yang tinggi: pengambilan keputusan dikendalikan/dikontrol oleh masyarakat. Berdasarkan pertimbangan itu maka tipologi derajat partisipasi masyarakat dikategorikan ke dalam tiga bentuk, yakni: *pertama*, tangga/derajat partisipasi yang dikategorikan sebagai nonpartisipan. Pada tangga ini terdapat dua anak tangga, yakni: manipulasi dan terapi⁸, *kedua*, tangga/derajat partisipasi yang disebut tokenisme. Pada tangga ini terdapat tiga anak tangga, yakni: pemberian informasi, konsultasi dan penenangan/penentrangan⁹, dan *ketiga*, tangga/derajat partisipasi kekuatan warga. Pada tangga terdapat

⁷ Adapun pada konteks penelitian ini, partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan dengan merujuk pada beberapa pemikiran tersebut dimaknai sebagai *suatu keadaan dimana masyarakat ikut berperan serta secara sadar dan sukarela dalam aktivitas perencanaan dan pelaksanaan berbagai program pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.*

⁸ Warga masyarakat diposisikan sedemikian rupa sehingga tidak terlibat secara aktif dalam proses pengambilan keputusan mengenai hal-hal yang terkait dengan kehidupan mereka. Pemegang kendali utama adalah pemegang kekuasaan, bahkan muncul juga kecenderungan pemegang kekuasaan melakukan tindakan manipulatif untuk melakukan eksploitasi terhadap masyarakat untuk melaksanakan keputusan-keputusan yang telah diputuskan oleh mereka.

⁹ Adanya indikasi komunikasi antara pemegang kekuasaan dan masyarakat terkait informasi yang dibutuhkan. Adanya komunikasi tersebut menunjukkan bahwa antara pemegang kekuasaan dan masyarakat terjadi dialog untuk menyelesaikan berbagai masalah yang muncul dalam masyarakat untuk dicari jalan keluarnya melalui sebuah keputusan, meskipun warga tidak terlibat secara langsung dalam pengambilan keputusan. Pada tangga partisipasi pemberian informasi, komunikasi masih terlihat bersifat satu arah, dari pihak yang berwenang kepada warga. Dalam pengertian bahwa pemegang kekuasaan membuat sebuah rencana dan mengumumkannya kepada masyarakat. Masyarakat dikumpulkan dan

tiga anak tangga, yakni kemitraan, kekuasaan yang didelegasikan dan kontrol warga negara¹⁰.

Pemikiran Arnstein ini tidak terlepas dari kritikan karena dinilai oleh beberapa pakar menyederhanakan kompleksitas ragam partisipasi masyarakat. Salah satunya adalah Burns, Hambleton dan Hogget (1994). Mereka berpandangan bahwa tangga partisipasi Arnstein tidak sesuai jika digunakan untuk analisis pemerintahan daerah karena tangga tersebut terlalu terpusat pada analisis hubungan antar warga dengan program pemerintah tertentu. Hal ini dapat dipahami karena kasus yang dipotret oleh Arnstein adalah tiga program kesejahteraan sosial pemerintah Amerika Serikat yang berkaitan dengan pembaharuan perkotaan, anti kemiskinan dan kota percontohan. Walau begitu, tetap saja teori Arnstein digunakan sebagai titik awal penelitian, pembahasan dan pengembangan partisipasi masyarakat, yang oleh Burns, dkk, dikembangkan teori partisipasi masyarakat yang lebih sesuai untuk menganalisis pemerintahan daerah, yaitu "teori tangga pemberdayaan masyarakat" (Burns *et.al*, 1994: 153-179). Teori tangga pemberdayaan masyarakat ini, intinya menekankan tiga hal penting, yakni: masyarakat memiliki kekuasaan untuk mempengaruhi kebijakan yang berkenaan dengan kepentingannya, membedakan antara partisipasi dan kendali warga masyarakat, dan ruang lingkup kekuasaan warga. Jadi penekanannya hampir sama dengan apa yang digagas Arnstein, yakni sejauhmana kekuasaan warga masyarakat dalam mempengaruhi pengambilan keputusan. Hanya saja, Burns, dkk (1994) secara tegas membedakan antara konsep partisipasi dan kendali warga serta ruang lingkup kekuasaan warga dalam mempengaruhi pengambilan keputusan, tidak hanya pada tataran pengambilan kebijakan, tetapi juga pada keputusan anggaran dan operasionalisasi kebijakan. Dengan demikian, kekuasaan warga dalam seluruh wilayah pembuatan keputusan ini sangat menentukan bagi derajat partisipasi masyarakat yang terjadi di daerah.

Berdasarkan ide tersebut, maka "tangga pemberdayaan masyarakat" memiliki tiga derajat partisipasi, di mana pada setiap tingkatan terdapat beberapa anak tangga partisipasi. Tingkatan terendah adalah non-partisipasi warga (*Citizen Non*). Tingkat ini ditandai oleh adanya manipulasi informasi dan kesan yang seringkali terjadi dalam kehidupan publik. Terdapat 4 anak tangga dalam derajat ini, yaitu: *civic hype* (penipuan warga), *cynical*

consultation (konsultasi sinis), *poor information* (informasi yang buruk) dan *customer care* (pemeliharaan pelanggan). Tingkatan kedua adalah partisipasi warga: warga memiliki kekuasaan untuk mempengaruhi pembuatan keputusan dalam pemerintahan daerah sebagai aspek penjelasnya. Tingkatan ini memiliki enam anak tangga, yaitu: *high quality information* (informasi berkualitas tinggi) yang merupakan anak tangga terendah, *genuine consultation* (konsultasi sejati), *effective advisory board* (badan penasehat yang efektif), *limited decentralized decision making* (desentralisasi terbatas pada pembuatan keputusan), *partnership* (kemitraan) dan yang tertinggi adalah *delegated control* (kendali yang didelegasi)¹¹. Tingkatan tertiggi adalah kendali warga (*citizen control*) dengan dua anak tangga, yakni: *entrusted control* (kendali yang dipercayakan) dan yang tertinggi adalah *interdependent control* (interdependensi kendali). Pada tingkatan ini masyarakat memiliki kekuasaan untuk memerintah suatu program, wilayah atau lembaga tertentu dengan tingkat kemandirian yang kurang lebih sama dengan kemandirian pemerintah daerah, telah ada kendali warga atas kebijakan, keuangan dan operasionalisasinya serta pemerintah daerah dapat mendelegasikan kekuasaan untuk urusan tertentu kepada organisasi tertentu secara terperinci dengan dasar kontrak hukum.

Di samping partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan yang ditinjau dari beberapa aspek di atas, menurut Rosmidi & Risyanti (2006) dan Ife dan Tesoriero (2008) partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan dapat dilihat dari: (a) ada tidaknya partisipasi masyarakat yang dilakukan melalui organisasi yang sudah dikenal atau yang sudah ada di tengah-tengah masyarakat dan ada tidaknya masyarakat membentuk kelompok baru dalam mengatasi masalah pembangunan tertentu, (b) ada tidaknya manfaat langsung kepada masyarakat yang bersangkutan dari pelaksanaan program tersebut, (c) apakah keterlibatan masyarakat memenuhi kepentingan masyarakat atau tidak?, (d) ada tidaknya mekanisme kontrol masyarakat dalam pembangunan, (e) bentuk partisipasi seperti apa yang diberikan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan, dan (f) ada tidaknya jejaring kerja yang dilakukan oleh masyarakat untuk pembangunan. Berbeda dengan kedua tokoh tersebut, secara spesifik, Pimbert (2001) menegaskan bahwa partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan di daerah akan berjalan

pemegang kekuasaan memberikan informasi terkait dengan rencana suatu program atau kegiatan yang bakal dilakukan, dengan tujuan untuk mendapatkan persetujuan dari masyarakat. Pada tangga partisipasi "konsultasi", pemegang kekuasaan melakukan sebuah rencana program atau kegiatan kemudian melakukan konsultasi dengan masyarakat sebagai penerima program dengan tujuan agar masyarakat mendukung sepenuhnya program atau kegiatan yang direncanakan. Tindakan melakukan konsultasi kepada masyarakat oleh pemegang kekuasaan ini mengindikasikan bahwa pemegang kekuasaan mulai menyadari arti pentingnya masyarakat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan suatu program atau kegiatan, meskipun dalam pengambilan keputusan akhir otoritas itu sepenuhnya masih di tangan pemegang kekuasaan. Sementara pada tangga partisipasi "penetration/penetration", kecenderungan keterlibatan masyarakat semakin kuat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan dibandingkan pada tangga "partisipasi konsultasi". Meskipun demikian pemegang kekuasaan memiliki hak yang masih lebih dominan dalam pengambilan keputusan.

¹⁰ Warga negara mulai memiliki kontrol yang besar terhadap keputusan-keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka. Artinya bahwa sudah terjadi pemberian kekuasaan atau power kepada masyarakat oleh pemegang kekuasaan.

¹¹ Pada anak tangga yang kesepuluh, peran masyarakat masih dapat disebut sebagai partisipasi dan bukan kendali karena peran strategis masih berada di tangan pemerintah daerah. Meskipun pemerintah daerah merupakan wakil masyarakat, namun tidak berarti bahwa kendali warga sudah berada di tangan warga.

efektif apabila ada institusionalisasi partisipasi masyarakat (*institution building*) dalam pembangunan daerah karena hanya melalui suatu pengorganisasian yang baik dan profesional di dalam masyarakat maka pelibatan masyarakat dalam pembangunan akan berjalan efektif. Oleh karena itu, tidak salah apabila pengembangan kapasitas masyarakat (*community development*) yang berlangsung terus menerus menjadi bagian penting dari proses pelaksanaan pembangunan. Pengembangan kapasitas tersebut terjadi baik pada tingkat individu sebagai warga masyarakat, maupun pada tingkat masyarakatnya sebagai suatu kesatuan termasuk pada tingkat komunitas. Berdasarkan pemikiran tersebut, maka pola pendekatan perubahan kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan dapat dilakukan mulai dari level mikro (individu), *intermediate* (kelompok) dan makro (masyarakat) (Gerald Zaltman, 1972 dalam Soetomo, 2009) untuk masalah pembangunan yang komprehensif.

Berdasarkan pemahaman dari berbagai rujukan teori yang ada, maka dalam penelitian ini untuk mengetahui dan menganalisis partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan, beberapa aspek atau indikator yang digunakan adalah: (1) pemaknaan masyarakat mengenai arti penting keterlibatan mereka dalam pembangunan, (2) siapa yang berpartisipasi? Apakah seluruh lapisan masyarakat ataukah kelompok masyarakat tertentu yang telah terorganisir. Apa perannya? (3) bentuk partisipasinya (4) keterlibatan dalam pengambilan keputusan, (5) ada tidaknya kesadaran masyarakat: partisipasinya sukarela atau paksaan? Partisipasi yang terus menerus atau sewaktu-waktu?, (6) mekanisme perencanaan pembangunan, (7) Hubungan antara masyarakat & pemerintah dalam proses perencanaan pembangunan (bagaimana komunikasi antara masyarakat dan pemerintah), (8) cara atau metode dalam mekanisme perencanaan pembangunan, (9) Kontrol & kewenangan dalam pengambilan keputusan akhir. Adapun dalam pelaksanaan pembangunan dapat dilihat dari: (1) Pemaknaan masyarakat mengenai arti penting keterlibatannya dalam pelaksanaan pembangunan, (2) Kesadaran masyarakat untuk terlibat dalam pelaksanaan pembangunan, (3) Manfaat yang diperoleh dari keterlibatan dalam pelaksanaan pembangunan, (4) Siapa dan ada tidaknya kelompok masyarakat yang terlibat dalam pelaksanaan pembangunan, (5) Bentuk partisipasi seperti apa yang diberikan dalam pelaksanaan pembangunan, (6) Ada tidaknya institusionalisasi dalam pelaksanaan pembangunan, (7) Jejaring kerja yang dilakukan

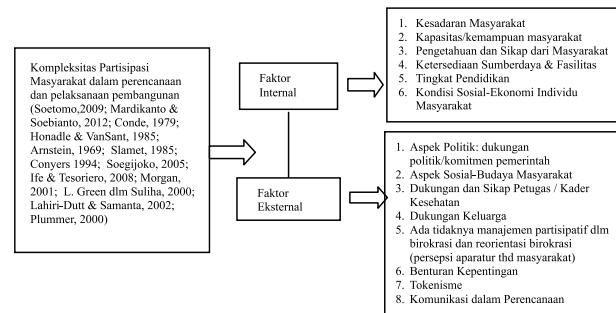
kelompok masyarakat dan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan.

Kompleksitas Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan

Partisipasi masyarakat di dalam pembangunan daerah pada praktiknya diharapkan dapat menjadi sesuatu yang penting dan menentukan keberhasilan proses pembangunan itu sendiri. Namun, harus diakui pula bahwa hal itu tidak selalu berjalan mudah, terkadang atau bahkan sering sekali pelibatan masyarakat dalam pembangunan itu memiliki kompleksitasnya¹². Kompleksitas itu dapat terjadi karena ada beberapa hal atau aspek yang menjadi kendala keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan dan pelaksanaan pembangunan. Adapun aspek-aspek tersebut bervariasi menurut pandangan beberapa pakar. Menurut Soetomo (2009,350), aspek tersebut berasal dari dalam masyarakat itu sendiri (intinsik/internal) maupun yang datang dari lingkungan luar (ekstrinsik/eksternal) atau lingkungan yang lebih makro.

Secara umum dengan memperhatikan kajian literatur yang dilakukan peneliti, maka kompleksitas partisipasi masyarakat dalam pembangunan dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar yakni dimensi internal dan eksternal, seperti pada gambar berikut.

Gambar 2.3. Faktor-Faktor Penyebab Kompleksitas Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan



Strategi Peningkatan Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan

Partisipasi masyarakat sebagaimana dijelaskan pada subbab 2.2.2 mengandung makna suatu tindakan yang dilakukan oleh masyarakat untuk berperan serta secara sadar dan sukarela dalam proses pembangunan, baik dalam tahapan perencanaan maupun pelaksanaan pembangunan. Oleh karena itu, untuk memberi ruang keterlibatan masyarakat dalam proses pembangunan itu, dibutuhkan strategi agar masyarakat dapat berpartisipasi aktif dalam pembangunan.

Dalam pengertian sehari-hari, strategi sering diartikan sebagai langkah-langkah atau tindakan tertentu yang dilaksanakan demi tercapainya suatu

¹² Konsep kompleksitas dalam penelitian ini dimaknai sebagai kerumitan atau keadaan yang sulit dihadapi atau dialami masyarakat dalam berperanserta pada proses pembangunan. Oleh karena itu, jika membahas mengenai kompleksitas partisipasi masyarakat dalam pembangunan, maka fokus perhatiannya adalah terkait dengan berbagai aspek atau hal yang menjadi sebab terhambatnya atau sulitnya masyarakat berperan serta dalam proses pembangunan. Adapun aspek-aspek tersebut saling terkait & interdependensi satu dengan yang lainnya, melibatkan banyak aktor, multi level, bahkan multi sektoral. (Mardikanto & Soebianto, 2012)

tujuan yang dikehendaki. Oleh karena itu, pengertian strategi sering rancu dengan metode, teknik atau taktik. Hal tersebut bisa saja terjadi tetapi sesungguhnya strategi dapat diartikan dengan berbagai pendekatan, yaitu strategi sebagai suatu rencana, strategi sebagai kegiatan, strategi sebagai suatu instrumen, strategi sebagai suatu sistem dan strategi sebagai suatu pola pikir (Mardikanto, 2012). Berdasarkan ragam pendekatan untuk memaknai strategi tersebut, dalam penelitian ini strategi lebih dimaknai dari pendekatan *strategi sebagai suatu kegiatan, yaitu upaya-upaya cermat yang dilakukan oleh individu atau organisasi untuk mencapai tujuan yang dikehendaki*. Oleh karena itu, secara konseptual, strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan dimaknai sebagai upaya-upaya yang cermat yang ditempuh sebagai proses untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam tahapan pembangunan untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Umumnya pilihan strategi yang ditempuh, sangat tergantung pada konteks persoalan dan kendala yang terjadi atau dialami oleh masyarakat dalam proses keterlibatan mereka dalam pembangunan. Oleh karena itu, pengidentifikasi hal tersebut idealnya terlebih dahulu dilakukan sebelum memutuskan strategi apa yang dipilih dalam upaya peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan.

Umumnya, menurut Soetomo (2009), Ife & Tesoriero (2008), Conyers (1994), Mardikanto & Soebianto (2012) maupun Wrihatnolo dan Dwijowiyoto (2007), persoalan lemahnya partisipasi masyarakat dalam pembangunan disebabkan oleh ketidakberdayaan masyarakat dalam proses pembangunan. Ketidakberdayaan itu diwujudkan dalam bentuk kurangnya kewenangan masyarakat dalam pengambilan keputusan dan kurangnya kapasitas masyarakat untuk mengelola pembangunan secara mandiri. Dengan demikian, dua strategi penting yang digagas untuk meningkatkan partisipasi masyarakat adalah strategi yang menekankan pada *to give of power* dan *to give ability* (Wrihatnolo dan Dwidjowijoto, 2007). Keduanya tidak dapat dipisahkan tetapi saling melengkapi satu dengan yang lainnya dan mempengaruhi secara sinergis dan dinamis. Strategi yang pertama memberi perhatian pada upaya dari pemerintah untuk memberikan ruang keterlibatan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan. Dengan perkataan lain, strategi yang berusaha menciptakan manajemen pemerintahan yang memberdayakan masyarakat (*state empowerment*). Sementara strategi yang kedua menekankan pada upaya untuk pengembangan kapasitas masyarakat (*community empowerment*).

Strategi "to Give of Power" atau Pemberdayaan Pemerintahan

Strategi ini pada intinya terfokus pada upaya menciptakan suatu manajemen pemerintahan yang dapat memberdayakan masyarakat. Menurut pemikiran Wrihatnolo dan Dwidjowijoto (2007), upaya menciptakan suatu manajemen pemerintahan yang dapat memberdayakan masyarakat dilakukan dengan memberi ruang kepada masyarakat untuk terlibat atau memiliki akses dalam tata kelola pemerintahan, baik itu dalam tahapan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Cara yang dilakukan adalah menciptakan manajemen pemerintahan yang desentralistik. Untuk itu diperlukan kemauan politik dari pemerintah berupa menciptakan kebijakan tertentu yang memberi ruang keterlibatan masyarakat dan struktur, proses dan sumber daya manusia yang melaksanakan kebijakan tersebut. Gagasan yang disampaikan oleh Wrihatnolo dan Dwidjowijoto tersebut mirip dengan yang disampaikan oleh Kartasmita (1996) bahwa dalam melakukan upaya peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan, diperlukan strategi pemberdayaan yang dikonseptualisasikan dengan istilah "*enabling*" (pemungkinan). Maksud konsep tersebut adalah tindakan pemerintah untuk menciptakan suasana atau iklim yang kondusif atau memungkinkan potensi masyarakat dapat berkembang secara optimal. Pilihan terhadap upaya menciptakan ruang komunikasi dalam manajemen pemerintahan bagi masyarakat juga digagas oleh Ife dan Tesoriero (2009) bahwa untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan, pilihan media untuk berpartisipasi harus mengkondisikan setiap warga masyarakat untuk berpartisipasi dan struktur dan proses dalam perencanaan partisipatif tidak boleh mengucilkan masyarakat. Karena itu, prosedur-prosedur pertemuan dan teknik pembuatan keputusan harusnya tidak mengucilkan bagi setiap warga masyarakat untuk berpartisipasi, misalnya bagi warga masyarakat yang tidak bisa berpikir cepat, tidak ingin menginterupsi, kurang percaya diri dan tidak memiliki kemahiran berbicara.

Penciptaan ruang komunikasi menurut Ife dan Tesoriero (2008) ada empat unsur penting yang perlu diperhatikan dan dapat menjadi indikator dalam kerangka peningkatan partisipasi masyarakat, yaitu desentralisasi, akuntabilitas, pendidikan dan kewajiban. Peningkatan partisipasi masyarakat dalam proses pembuatan keputusan membutuhkan struktur pembuatan keputusan yang terdesentralisasi. Sementara unsur akuntabilitas menekankan pada aspek pentingnya pertanggungjawaban yang mengarah ke rakyat dari pada ke pusat, mengingat bahwa tidak saja demokrasi melibatkan rakyat dalam membuat keputusan

¹³ Menurut Mardikanto & Soebianto (2012), konsep-konsep di atas kadang-kadang sangat sulit dibedakan, karenanya dalam praktik suka terjadi tumpang tindih. Hal itu terjadi karena muara dari aktivitas atau praktik kedua konsep itu adalah upaya yang disengaja untuk memfasilitasi masyarakat dalam merencanakan, memutuskan, dan melaksanakan sumber daya yang dimiliki melalui *collective action* dan *networking* sehingga pada akhirnya masyarakat memiliki kemampuan dan kemandirian dalam proses pembangunan.

tetapi juga mensyaratkan bahwa warga masyarakat bertanggung jawab untuk menjamin bahwa keputusan-keputusan itu dapat dilaksanakan dengan berhasil.

Selanjutnya, agar warga masyarakat dapat meningkatkan partisipasinya dalam pembuatan keputusan dan bertanggung jawab dalam pelaksanaannya secara baik, hanya jika masyarakat mendapat informasi cukup tentang resiko dan konsekuensi dari suatu keputusan tertentu. Pada tataran ini, maka strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam model ini mensyaratkan adanya pendidikan bagi masyarakat dalam arti yang luas, termasuk peningkatan kesadaran. Dengan perkataan lain perlu adanya strategi peningkatan kapasitas masyarakat. Akhirnya, unsur keempat, yakni kewajiban perlu diperhatikan secara serius. Pemaknaan kewajiban di sini tertuju pada penciptaan iklim yang bisa membuat warga masyarakat merasakan kewajiban moral yang kuat untuk berpartisipasi. Salah satu cara yang dilakukan adalah dengan tidak menciptakan program-program partisipatif atau mekanisme partisipasi yang bersifat simbolis semata karena hal ini akan membuat masyarakat *enggan* berpartisipasi.

Strategi "to Give Ability" atau Pemberdayaan Masyarakat

Peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan, tidak hanya dengan menerapkan strategi *to give of power*, tetapi juga dibutuhkan strategi *to give ability*. Ketersediaan strategi pertama belum menjamin terjadinya peningkatan partisipasi masyarakat tetapi di sisi lain dibutuhkan juga kondisi masyarakat yang memungkinkan untuk mengemban fungsi pengambilan keputusan dan pengelolaan sumber daya. Dengan perkataan lain, diperlukan kapasitas masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan pembangunan secara lebih mandiri. Untuk maksud tersebut, diperlukan peluang, kesempatan dan kewenangan serta kemampuan, yang kesemuanya terbungkus dalam strategi yang disebut sebagai *to give ability* menurut Wrihatnolo dan Dwidjowijoto (2007) atau pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) menurut Mardikanto & Soebiato (2012) atau *community development* menurut Ife dan Tesoriero (2009)¹³. Strategi yang dikonseptualisasikan secara berbeda itu, pada intinya bertujuan untuk memampukan dan memandirikan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat mengandung suatu prinsip penting yaitu upaya untuk mendorong masyarakat agar mampu mengembangkan dirinya sehingga mampu terlibat dalam proses pembangunan. Dengan perkataan lain pemberdayaan merupakan proses penguatan kapasitas masyarakat agar tahu, mau dan mampu berpartisipasi secara aktif dalam proses pembangunan. Upaya tersebut bersifat sengaja untuk memfasilitasi masyarakat dalam

merencanakan, memutuskan dan mengelola sumberdaya yang dimiliki melalui *collective action* dan *networking* sehingga pada akhirnya masyarakat memiliki kemampuan dan kemandirian serta berpartisipasi aktif dalam pembangunan yang berkelanjutan. Jadi, dengan memperhatikan pemahaman tersebut dapat dimaknai bahwa upaya pemberdayaan masyarakat mengandung tiga hal penting, yaitu pembangunan atau penguatan kapasitas individu atau warga masyarakat (*capacity building*), pembangunan atau penguatan kapasitas kelembagaan untuk melakukan tindakan bersama (*collective action*) dan pembangunan atau penguatan kapasitas jejaring (*networking*) (Mardikanto, dkk., 2012).

Pengembangan kapasitas individu meliputi upaya untuk meningkatkan kemampuan individu baik dalam aspek pengetahuan, ketrampilan dan sikap kerja (Mardikanto, dkk., 2012) atau menurut Soetomo (2009, 252) pengembangan kapasitas individu dapat dilakukan dengan pengembangan wawasan dan tingkat pengetahuan, peningkatan kemampuan untuk merespons dinamika lingkungannya, peningkatan skill, peningkatan akses terhadap informasi, sehingga mampu meningkatkan akses dan kapasitas untuk terlibat dalam perencanaan, pengambilan keputusan dan pelaksanaan pembangunan. Sementara pengembangan kapasitas kelembagaan meliputi upaya untuk memperjelas visi dan misi organisasi; penguatan budaya organisasi; kejelasan struktur, kompetensi, dan strategi organisasi; pengelolaan organisasi; pengembangan jumlah dan mutu sumber daya; interaksi individu dalam organisasi; interaksi dengan entitas organisasi lainnya. Sedangkan pengembangan kapasitas jejaring, hal yang diperhatikan adalah pengembangan interaksi antar entitas (organisasi) dalam sistem yang sama dan pengembangan interaksi dengan organisasi di luar sistem (Mardikanto, dkk., 2012).

C. METODE PENELITIAN

Jenis metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dalam pendekatan atau paradigma post-positivistik karena: *pertama*, teori digunakan sebagai acuan/panduan untuk analisis, tidak bertujuan untuk menguji teori. *Kedua*, peneliti bertujuan mengeksplorasi, memaknai dan menjelaskan fenomena sosial terkait partisipasi masyarakat, kompleksitasnya dan strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. *Ketiga*, bahwa tujuan penelitian yang diungkapkan adalah suatu proses, sehingga pilihan penggunaan metode kualitatif dianggap lebih tepat. *Keempat*, secara ontologis dianggap lebih mampu memaknai dan memahami hakikat tujuan penelitian yang dimaksud secara lebih jelas dan komprehensif. Peneliti memandang bahwa masalah partisipasi masyarakat, kompleksitasnya serta strategi peningkatan

partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di Kota Cimahi akan dapat dieksplorasi, dipotret, dimaknai, dianalisis dan dijelaskan secara lebih akurat, mendalam dan obyektif jika peneliti tidak berada di 'belakang layar'. Sehingga peneliti melakukan penelitian lapangan dan berusaha semaksimal mungkin untuk mengurangi jarak antara peneliti dan obyek serta subyek yang diteliti untuk mendapatkan data terkait tujuan penelitian.

Berkaitan dengan argumentasi di atas, maka obyektivitas eksternal amat ditekankan, yaitu apakah suatu temuan di lapangan sudah sesuai dengan pengetahuan (konsep dan teori) yang menjadi dasar acuan dan bukan diuji kebenarannya. Karenanya, dalam penelitian ini, meminjam pemikiran Glaser dan Strauss (1967, dalam Neuman, 2000), peneliti harus *“going directly to the real world to look work emerges”*. Peneliti sebagai instrumen peneliti utama secara langsung ke lapangan dan mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian dan berusaha mengkonstruksi dan menganalisis data yang diperoleh sesuai apa yang diberikan oleh informan penelitian.

Untuk mengumpulkan dan menganalisis data berkenaan tujuan penelitian ini, secara metodologis peneliti menggunakan berbagai teknik pengumpulan data, yang menurut Denzin dan Lincoln (2005) disebut sebagai triangulasi, yakni wawancara mendalam (*in-depth interview*)¹⁴, observasi¹⁵, *focus group discussion*¹⁶ (FGD) dan studi dokumentasi¹⁷. Penggunaan beberapa teknik pengumpulan data ini sebagai cara untuk mendapatkan data yang terpercaya dan obyektif¹⁸ terkait tujuan penelitian. Sehingga analisis yang dilakukan sangat terkait dengan kumpulan dan analisis terhadap data dari hasil wawancara, FGD, studi dokumentasi, serta observasi berbagai peristiwa yang terjadi dalam pembangunan kesehatan di Kota Cimahi.

Analisis data bersifat *“ongoing analysis”*, artinya bahwa data yang terkumpul, dianalisis selama data dikumpulkan sampai dianggap *“tuntas”* atau tidak ada data baru yang perlu dicari. Operasionalisasinya, peneliti melakukan dengan membuat catatan lapangan (*field note*), yaitu membuat catatan penting dengan memaknai data yang terkumpul melalui wawancara, FGD,

pengamatan dan studi dokumentasi selama penelitian.

Data yang terkumpul dilakukan proses reduksi data: tindakan berupa proses pemilihan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan lapangan kemudian dikelompokkan menurut tema sesuai tujuan penelitian selama penelitian berlangsung. Sehingga merupakan suatu bentuk analisis yang bertujuan mengorganisasikan, menelaah, menajamkan, mengarahkan, dan membuang data yang tidak perlu¹⁹ dalam upaya pengambilan kesimpulan nantinya, setelah melalui upaya verifikasi²⁰ (Miles dan Huberman (1992).

Langkah selanjutnya adalah menginterpretasi data atau analisis tekstual. Dalam proses ini, metode memahami: proses mengubah sesuatu yang diminati atau situasi ketidaktahuan menjadi mengerti, menurut Krueger (1998), Sumaryo (1993), Denzin (2005), Creswell (2010), Cassel (2003), Riawanti, (2010), merupakan hal yang penting dan dilakukan peneliti. Tentunya berdasarkan pengalaman empiris di lapangan, pengetahuan konseptual dan teoritis serta mental peneliti dalam memaknai berbagai fenomena dan data, sehingga dapat dimengerti, obyektif dan logis. Bahkan pada tahap ini, peneliti melakukan visualisasi dari data yang ditemukan dengan menggunakan gambar dan tabel yang pada dasarnya bertujuan mendeskripsikan dan menjelaskan fakta empirik yang diperoleh di lapangan.

Selanjutnya, dilakukan penarikan kesimpulan setelah diverifikasi. Pada tahap ini, peneliti akan melakukan pendalaman pemahaman terhadap data yang telah dianalisis dan dituangkan dalam disertasi ini. Sebenarnya, sejak permulaan pengumpulan data, telah dilakukan pencarian makna yang mendalam tentang data atau keterangan yang ada dari informan. Dengan demikian, pemahaman dan interpretasi yang baik oleh peneliti sedari awal penelitian ini dilakukan, menjadi suatu keharusan. Oleh karenanya, kecermatan dan refleksi diri sangat diperlukan dalam pemahaman dan pemaknaan data yang ada, sehingga pada akhirnya dapat menjawab tujuan penelitian yang telah dirumuskan sebelumnya dengan suatu analisis dan kesimpulan yang obyektif. Secara umum, operasionalisasi

¹⁴ Wawancara kepada informan yang tidak terlalu banyak tapi berkualitas untuk mendapatkan data primer terkait tujuan penelitian. Informan yang dimaksud adalah informan yang terlibat dalam pembangunan kesehatan dan tahu secara empirik tujuan penelitian, yaitu Sekretaris Dinas dan Kabid Dinas Kesehatan Kota Cimahi, Kepala Bappeda, Kepala Dinas dan Kasi Kebersihan Jalan dan Lingkungan Dinas Kebersihan dan Pertamanan, Ketua Forum Kota Sehat dan Pengurus Forum RW Siaga, Lurah Kelurahan Cibabat, Kepala Puskesmas Citeureup, Ketua DPC SPSI Kota Cimahi, Ketua LSM Penjara dan Paguyuban Kuwaci, Guru Pembina UKS SMAN 3 Cimahi, Tokoh Masyarakat: Kepala Sekolah Kodiklat TNI AD, Pembina Forum Kota Sehat.

¹⁵ Observasi langsung yang bersifat non partisipan. Teknik ini dipilih peneliti, disamping menghindari terjadinya reaktivitas atau *halo effect*, yaitu pengaruh dari keberadaan peneliti terhadap informan yang diwawancarai juga berfungsi untuk menggali secara lebih dekat hal-hal yang tidak terungkap dari hasil wawancara yang tergambar dari sikap, tindakan, kebiasaan & kondisi lingkungan atau masyarakat. Kesemuanya itu dipotret pada saat proses perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi.

¹⁶ FGD dilakukan hanya 3 kali karena keterbatasan anggaran dan kesibukan informan penelitian

¹⁷ Dengan menelaah dokumentasi yang relevan dengan tujuan riset ini. Dokumentasi tersebut seperti, UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Profil Kesehatan Kota Cimahi tahun 2010, LAKIP Dinas Kesehatan Kota Cimahi tahun 2012, Laporan Kerja Tahunan Forum Kota Sehat 2012, Laporan Penelitian Evaluasi Pelaksanaan Cimahi Kota Sehat 2012, Laporan Kerja UKS SMAN 3 Cimahi, Laporan Hasil Survei SKS tahun 2011, dan Renstra Dinas Kesehatan Kota Cimahi 2008-2012.

¹⁸ Uji validitas data dilakukan dengan trianguasi sumber dan metode, teknik *member check* dengan menyerahkan hasil analisis data kepada informan yang ada serta melakukan auditor eksternal dengan memberikan ruang kepada promotor & ko-promotor menelaah draft hasil penelitian. Hal ini ditempuh untuk menghindari pemaknaan yang keliru atau salah terhadap masalah & tujuan penelitian yang sedang diteliti.

¹⁹ Berlandaskan pada pengetahuan emik, yaitu sesuatu atau apa (data dan informasi) yang dialami, dimaknai oleh informan (Riawanti, 2010) dan pada pengetahuan etik, kerangka konsep dan teori yang dibangun pada bab 2.

²⁰ Ketika proses reduksi data inilah, dilakukannya *triangulasi* sebagaimana disyaratkan dalam metode kualitatif yaitu berupa data yang diperoleh dari teknik tertentu dicek dengan teknik yang lain dan/atau satu pihak dicek kebenarannya melalui pihak lain atau sumber lain.

pengolahan data tersebut, sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992:16) yaitu dalam kegiatan berupa reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan setelah dilakukan verifikasi terhadap berbagai data yang disusun secara kualitatif.

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan Pembangunan Kesehatan

Merujuk pada teori oleh Ife dan Tesoriero (2008) bahwa untuk menjelaskan ada tidaknya partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan maka hal penting yang pertama-tama perlu diperhatikan adalah sejauhmana masyarakat menilai arti pentingnya keterlibatan mereka dan dianggap penting oleh pemerintah dalam proses pembangunan. Aspek inilah yang menjadi motif utama yang mendorong kemauan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan. Oleh karena itu, aspek ini menjadi landasan awal peneliti untuk menjelaskan partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi.

Fakta empirik menjelaskan bahwa masyarakat Cimahi telah menunjukkan suatu kesadaran untuk terlibat dalam pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Hal itu ditunjukkan oleh adanya pemahaman dan aplikasi masyarakat tentang arti pentingnya kesehatan bagi mereka, bahkan telah ada anggapan bahwa kesehatan merupakan perwujudan ibadah dengan ungkapan "sehat itu ibadah"²¹, meskipun hal tersebut belum menjadi suatu budaya bagi seluruh warga Cimahi. Fakta tersebut, apabila ke depannya, terinternalisasi dalam diri setiap individu masyarakat di Kota Cimahi maka kiranya menjadi suatu modal sosial yang penting. Selain itu, wujud kesadaran masyarakat berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan adalah dengan berinisiatif terlibat dalam berbagai organisasi atau kelompok masyarakat yang telah ada dan membentuk kelompok masyarakat yang mengartikulasikan berbagai program atau kegiatan pembangunan kesehatan, seperti LPM, PKK, GANJEN, CANTIK, POSYANDU, POSWINDU, UKGM (Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat), DOKCIL (Dokter Kecil), YKI (Yayasan Kanker Indonesia) Cabang Cimahi, PPTI (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia), Forum Kota Sehat, RW Siaga Sehat, dan lain-lain.

Partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi

diwujudkan dengan melakukan rencana berbagai program pembangunan kesehatan yang menjadi orientasi utama Pemerintah Kota Cimahi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yakni upaya untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, menciptakan dan menjaga kesehatan lingkungan (sanitasi) dan pelaksanaan pelayanan kesehatan terutama pada usaha kesehatan yang berbasis masyarakat (UKBM). Pada tahapan perencanaan, keterlibatan masyarakat dilakukan mulai dari tingkat terendah pemerintahan, yaitu mulai dari tingkat kelurahan, tepatnya tingkat RW Siaga sampai pada tingkat Musrenbang di tingkat Kota. (*bottom-up approach*). Partisipasi masyarakat ditempuh melalui dua mekanisme, yaitu mekanisme informal²² (Musyawarah Forum RW Siaga, Lokakarya mini (Lokmin),²³ Musyawarah Forum Kecamatan Sehat dan Musyawarah Forum Kota Sehat, disebut juga sebagai Forum Warga) dan mekanisme formal (melalui Musrenbang Kelurahan sampai Kota).

Mekanisme informal merupakan forum warga²⁴ untuk bertemu dan bersama-sama dengan Dinas Kesehatan mendiskusikan berbagai masalah dan usulan program/kegiatan yang dibutuhkan di dalam pembangunan kesehatan. Kalau sebelumnya masyarakat cenderung mengandalkan pemerintah Kota (Dinas Kesehatan) sebagai *problem solver*, saat ini sudah muncul kesadaran masyarakat bahwa masalah terkait dengan pembangunan kesehatan akan lebih baik diatasi bila dilakukan bersama-sama atau musyawarah di antara warga dan kelompok masyarakat bersama Pemerintah Kota. Dialog atau diskusi dan proses kolaboratif yang telah berjalan melalui mekanisme informal oleh warga dan kelompok masyarakat telah menciptakan saluran informasi dua arah, pengambilan keputusan bersama dan rencana program atau kegiatan bersama. Mekanisme tersebut relatif memberikan jaminan efektivitas dalam proses perencanaan program dan/atau kegiatan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Meskipun, situasi dalam pengambilan keputusan masih relatif dikendalikan oleh elit pembuat kebijakan di lingkungan Dinas Kesehatan. Namun, proses melalui mekanisme internal ini telah memberi ruang yang luas kepada masyarakat untuk menyampaikan aspirasi dan kepentingannya tanpa suatu tekanan.

Umumnya, aktivitas yang dilakukan oleh forum warga meliputi: *pertama*, melakukan apa yang disebut sebagai Survei Mawas Diri tentang kesehatan²⁵. Pada tahap ini, yang dilakukan adalah mengidentifikasi masalah-masalah yang muncul di lingkungan terkait dengan kesehatan

²¹ Pemaknaan terhadap data primer yang diungkapkan oleh Pembina FKS & Ketua PKK Kota Cimahi, Sekdin dan Kabid Informasi dan Promosi Dinkes Kota Cimahi.

²² Aktivitas yang dilakukan melalui Forum Warga merupakan hal yang terkait erat dengan proses Musrenbang, sehingga dapat disebut sebagai "Pra-Pra Musrenbang". Karena apa yang menjadi masukan melalui forum-forum warga tersebut, akan menjadi bahan masukan pada kegiatan Musrenbang.

²³ Sebuah aktivitas yang menyerupai apa yang dilakukan oleh Forum RW Siaga yang diprakarsai Puskesmas dan elemen masyarakat di Kelurahan. Intinya adalah analisis situasi permasalahan kesehatan di masing-masing kelurahan per kecamatan.

²⁴ Forum warga adalah keterwakilan warga masyarakat, baik dari elemen PKK, LPM (Kasi Pemberdaya Masyarakat) RW Siaga, Forum Kecamatan Sehat, Forum Kota Sehat, kader-kader kesehatan (kader Posyandu dan kader Poswindu, kader Jumantik (pemantau jentik), kader PMO (Tuberculosis), Kader KB, dll), dan elemen masyarakat lainnya.

²⁵ Data dari Laporan Penelitian Evaluasi Kota Sehat di Kota Cimahi 2012 yang diperoleh dari Forum Kota Sehat Cimahi.

masyarakat²⁶ dan mengidentifikasi potensi apa yang ada pada masyarakat, sehingga mampu mengatasi masalah tersebut. Biasanya kegiatan survei mawas diri yang dilakukan Forum Warga mendapat bantuan atau kerjasama dengan berbagai Perguruan Tinggi (PT) yang ada di Kota Cimahi, terutama seperti STIKES Cimahi dan Universitas Ahmad Yani. *Kedua*, setelah melakukan survei mawas diri, Forum warga melakukan musyawarah warga, baik di tingkat RW Siaga, Forum Kecamatan Sehat dan Forum Kota Sehat. Aktivitas ini dilakukan setiap sebulan sekali. Pada tahap ini, dilakukan diskusi untuk membahas hasil dari survei yang dilakukan oleh mereka. Temuan-temuan yang didapat dari hasil survei dibahas secara berjenjang dari Forum RW Siaga di tingkat Kelurahan, Forum Kecamatan Sehat dan Forum Kota Sehat, yang kemudian akan menjadi agenda warga²⁷ yang akan disampaikan kepada pemerintah Kota, melalui Musrenbang atau langsung ke Dinas Kesehatan²⁸.

Fakta empirik ini dapat kita maknai bahwa partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi telah terlembaga dalam forum-forum warga. Masyarakat berorganisasi dalam berbagai wadah yang bertujuan untuk mengaspirasikan apa yang dibutuhkan dan menjadi kebutuhan masyarakat di masing-masing kelurahan per kecamatan yang ada. Pengorganisasian tersebut di satu sisi memberikan jaminan adanya ruang keterlibatan masyarakat dan efektivitas dalam proses perencanaan program dan/atau kegiatan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, ketimbang seluruh warga tanpa terorganisir atau perorangan menyampaikan apa yang menjadi harapan dan kebutuhannya. Sehingga nampak bahwa telah ada institusionalisasi partisipasi masyarakat di dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan Pimbert bahwa efektivitas partisipasi masyarakat dapat berjalan baik dan memiliki dampak positif bagi proses perencanaan dan pelaksanaan pembangunan apabila terjadinya proses institusionalisasi atau pelembagaan partisipasi masyarakat. Masyarakat sadar berorganisasi untuk memperjuangkan kepentingan dan kebutuhannya dan/atau terlibat dalam wadah-wadah organisasi yang sudah terbentuk yang mengakomodir kepentingannya secara lebih luas dan tanpa ada tekanan. Pada konteks ini, jika mengacu pada teori Arnstein, Burns, Hambleton dan Hogget, maka partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, telah mencapai derajat partisipasi warga dan belum mencapai derajat kendali warga.

Adapun mekanisme informal partisipasi masyarakat tidak berjalan terpisah dengan mekanisme formal. Keduanya saling terkait dan komplementer. Apa yang dihasilkan melalui mekanisme informal akan menjadi dasar usulan program dan/atau kegiatan yang utama dalam mekanisme formal. Sehingga proses informal ini dalam praktik perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi sering disebut "Pra-pra Musrenbang" atau "Forum Warga untuk Musrenbang". Mekanisme formal melalui Forum Musrenbang²⁹, keterlibatan masyarakat dilakukan melalui perwakilan atau delegasi masyarakat. Namun, dalam pelaksanaannya proses perencanaan pembangunan kesehatan melalui mekanisme ini, masih saja "diintervensi" oleh pemerintah Kota melalui Bappeda dan Dinas Kesehatan. Keduanya punya misi yang sama, yakni mensinergikan apa yang diusulkan oleh masyarakat dengan apa yang dirancang oleh pemerintah Kota.

Aktivitas mensinergikan usulan warga dengan pemerintah Kota, mulai nampak jelas dalam Forum SKPD sebelum beranjak ke Musrenbang Kota. Forum ini, wajib dilakukan oleh setiap SKPD, termasuk untuk Dinas Kesehatan Kota Cimahi. Forum SKPD Dinas Kesehatan dilakukan dalam tiga tahap, yaitu, *Pertama*, tahapan awal/persiapan. Pada tahap ini tim teknis internal SKPD Dinas Kesehatan melakukan tugas mengkompilasi dan/atau merkapitulasi seluruh usulan kegiatan kecamatan yang ada dalam sektor kewenangannya juga dari hasil Forum Kota Sehat. Usulan-usulan tersebut disatukan dengan usulan kegiatan yang ada dalam Renja Dinas Kesehatan. Output yang diperoleh pada tahap ini adalah daftar kegiatan yang merupakan gabungan dari kegiatan yang ada dalam Renja SKPD dan usulan kegiatan dari kecamatan. *Kedua*, tahap pelaksanaan. Proses pelaksanaan dibagi ke dalam dua sesi, yaitu *sesi pertama* merupakan penyampaian kebijakan umum dari narasumber, yaitu dari Bappeda dan Kepala Dinas Kesehatan. Narasumber dari Bappeda menyampaikan arah kebijakan umum dan prioritas pembangunan Kota Cimahi dan besaran anggaran yang tersedia untuk bidang kesehatan. Sementara dari pihak Dinas Kesehatan, memaparkan beberapa evaluasi keberhasilan pencapaian target pembangunan kesehatan masyarakat tahun sebelumnya dan memaparkan rencana kerja Dinas Kesehatan yang merupakan kompilasi daftar usulan kegiatan dari Dinas Kesehatan dan kecamatan serta dari hasil Forum Kota Sehat. *Sesi kedua* adalah diskusi dan tanya jawab. Pada sesi ini diawali dengan klarifikasi daftar usulan dari kecamatan dan Forum Kota Sehat untuk

²⁶ Identifikasi permasalahan sebagai upaya mengatasi sebab mendasar, tidak langsung dan langsung yang dialami warga terkait kesehatan guna menciptakan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

²⁷ Usulan-usulan kegiatan yang membutuhkan biaya besar (misalnya, pembangunan jalan di kelurahan atau parit kelurahan, atau di bidang kesehatan seperti pembangunan Puskesmas, MCK, dll) dan tidak bisa dibiayai masyarakat akan dijadikan kegiatan yang diusulkan ke Pemerintah melalui Musrenbang.

²⁸ Pemaknaan data yang terungkap dari Sekdin Dinkes Kota Cimahi, Ketua FKS dan Kepala Puskesmas Citeureup.

²⁹ Mulai dari Musrenbang Kelurahan, Kecamatan dan Kota. Untuk diketahui bahwa ada beberapa hal penting yang menjadi kekurangan dalam Musrenbang, yaitu: kuatnya ego kelurahan, tidak adanya kriteria dan mekanisme penentuan prioritas usulan program, waktu sangat terbatas dan mekanisme pertanggungjawaban usulan yang ditolak tidak ada.

memastikan apakah usulan-usulan kegiatan dari bawah sudah terakomodir oleh dinas dan secara teknis sudah memenuhi syarat. Dalam proses ini, kehadiran delegasi dari kecamatan, kelurahan, puskesmas, kader kesehatan dan FKS sangat penting untuk memastikan usulannya sudah terakomodir dan menjelaskan kelayakan teknis dan mengapa diperlukan program/kegiatan tersebut. Pada konteks ini, delegasi dituntut untuk mengetahui dan menguasai apa yang diusulkannya, baik teknis maupun substansi. Setelah klarifikasi usulan kegiatan, langkah selanjutnya adalah pemeringkatan dengan instrumen tertentu (hanya saja instrumen ini tidak terlalu jelas menurut informasi dari Sekdin dan Ketua FKS karena bersifat subyektif) untuk menentukan prioritas kegiatan. Setelah melalui proses tersebut, *tahap ketiga* adalah pasca pelaksanaan. Proses ini merupakan tahapan untuk merumuskan kembali hasil rapat dalam forum SKPD Dinas Kesehatan dan sekaligus finalisasi dokumen Renja Dinas Kesehatan dan besaran anggaran yang diajukan untuk setiap program dan/atau kegiatan yang diusulkan oleh Tim Perumus.

Setelah berhasil dirumuskan dokumen Renja Dinas Kesehatan maka tahapan selanjutnya adalah melakukan asistensi ke Bappeda Kota dalam Forum Musrenbang Kota. Tindakan yang dilakukan untuk memantangkan usulan program dan/atau kegiatan beserta kesesuaian anggaran yang diusulkan dengan pagu indikatif anggaran yang diperuntukkan bagi Dinas Kesehatan³⁰. Musrenbang Kota meliputi dua tahapan yakni tahapan penjelasan umum dari narasumber yang diundang dengan metode pleno dan tahapan kedua dilakukan diskusi kelompok atau FGD dalam 3 kelompok³¹. Lebih lanjut informan menjelaskan bahwa sesi pertama merupakan pemaparan umum dari para narasumber yang dilakukan dengan cara pleno. Narasumber yang ada seperti Ketua Bappeda dan para pakar yang diundang khusus. Ketua Bappeda memaparkan mengenai rancangan Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) Kota yang akan dibahas dalam pertemuan tersebut agar mendapat perhatian yang serius dari peserta yang hadir mengenai prioritas pembangunan kota pada tahun anggaran berjalan dalam kerangka Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kota. Sedangkan para pakar, selain memberikan pandangan konseptual-teoritis terkait pembangunan daerah, khususnya di Kota Cimahi, juga menelaah dan mengkritisi beberapa hal yang direncanakan oleh Pemerintah Kota Cimahi, termasuk terkait dengan pembangunan kesehatan yang menjadi program prioritas Walikota Cimahi.

Kehadiran para pakar dan banyak elemen masyarakat dalam proses Musrenbang Kota merupakan gambaran keterbukaan ruang publik bagi masyarakat, khususnya bagi mereka yang berkompoten dan merupakan perwakilan dari elemen masyarakat untuk terlibat dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Keterbukaan ruang publik bagi masyarakat ini adalah suatu upaya komunikasi dan konsultatif yang berarti bagi sebuah legitimasi RPJMD Kota pada umumnya dan rencana pembangunan kesehatan Kota Cimahi pada khususnya. Oleh karena itu, proses ini dapat ditempatkan dalam tangga partisipasi konsultasi atau konsultasi sejati menurut Arnstein atau Burns, Hambleton dan Hoggett. Setelah melalui sesi pertama, maka sesi kedua dilakukan. Pada sesi ini bentuknya adalah diskusi kelompok terfokus atau istilah ilmiahnya adalah *Focus Group Discussion (FGD)*³¹. Setiap peserta dikelompokkan kedalam 3 kelompok besar sesuai bidang fisik, sosial budaya dan ekonomi³². Setelah finalisasi RKPD dari Dinas, termasuk Dinas Kesehatan, maka tahapan selanjutnya adalah melakukan proses penganggaran APBD Kota dengan Dewan Kota³³. Namun, sebelum masuk ke DPRD Kota, Bappeda melakukan kompilasi hasil Musrenbang Kota bersama Badan Pengelola Keuangan Daerah dan SKPD untuk merumuskan draft Kebijakan Umum APBD (KUA APBD Kota). Hasil dari draft KUA APBD Kota kemudian dibahas bersama-sama antara Dewan dan Pemda Kota Cimahi, yang merupakan tahap awal dari proses penganggaran sampai pada akhirnya tersusunnya APBD Kota Cimahi, yang didalamnya terdapat penganggaran mengenai pembangunan bidang kesehatan Kota Cimahi. Keberadaan dan peran Dewan Kota dalam proses akhir ini merupakan cerminan dari sebuah proses legitimasi masyarakat terhadap semua proses yang dilalui serta pemanfaatan dana publik. Hal itu karena Dewan merupakan representasi dari rakyat yang terpilih dan bersama-sama dengan pemerintah Kota Cimahi untuk mengambil keputusan. Artinya bahwa rakyat berpartisipasi secara tidak langsung melalui para anggota dewan dalam proses penyusunan APBD Kota Cimahi.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka perencanaan pembangunan kesehatan lebih tepatnya merupakan penggabungan dari model *bottom-up*, *top down* dengan partisipasi masyarakat dan teknokratis. Sehingga dapat disebut sebagai *quasi-bottom up* karena sebenarnya prioritas ada pada *top down* namun ada keinginan pemerintah Kota untuk disebut *bottom-up*. Alasan lain adalah karena dalam setiap pengambilan keputusan akhir hanya elit tertentu saja yang melakukannya.

³⁴ Hasil wawancara dengan Sekdin Kesehatan Kota Cimahi & Ketua FKS.

³⁵ Melakukan rasionalisasi renja/ usulan program dan/atau kegiatan SKPD, termasuk Dinas Kesehatan. Rasionalisasi dilakukan dengan memperhatikan: (1) kesesuaian usulan program dan/atau kegiatan dengan rancangan kebijakan umum pembangunan kota yang mendapat prioritas, sebagaimana misi yang diemban Pemerintah Kota; dan (2) kesesuaian jumlah usulan dengan pagu indikatif SKPD. Metode yang digunakan adalah Metaplan, yaitu setiap peserta sesuai bidang memberikan saran dan/atau masukan yang dituangkan dalam karton dengan argumentasi, yang dipandu oleh seorang fasilitator yang dipilih dari peserta yang ada

³⁶ Hasil wawancara dengan Sekdin Kesehatan Kota Cimahi & Ketua FKS.

³⁷ Hasil wawancara dengan Sekdin Kesehatan Kota Cimahi

Mengindahkan fakta tersebut bila merujuk pada acuan teori derajat partisipasinya Arnstein, masuk dalam derajat konsultasi atau menurut Burns, Hambleton dan Hoggett, dapat dikategorikan sebagai konsultasi sejati.

Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan

Partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi ditunjukkan dengan adanya kesadaran masyarakat untuk terlibat dan berperan aktif dalam proses pelaksanaan program dan/atau kegiatan pembangunan kesehatan, baik dalam bentuk upaya kesehatan yang berbasis masyarakat (UKBM), perilaku hidup bersih dan sehat serta menciptakan dan menjaga kesehatan lingkungan. Kesadaran masyarakat untuk terlibat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan bertujuan mengatasi berbagai penyebab langsung, tidak langsung dan mendasar, permasalahan pembangunan kesehatan masyarakat dalam upaya menciptakan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik di Kota Cimahi. Namun, kesadaran masyarakat tersebut belum menjadi suatu kesadaran bersama seluruh warga masyarakat Cimahi.

Keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan dilakukan melalui organisasi bentukan pemerintah yang sudah ada, organisasi bentukan warga masyarakat sendiri dan kesadaran dari entitas masyarakat di Kota Cimahi. Keterlibatan masyarakat melalui organisasi bentukan pemerintah antara lain melalui FKS, Forum RW Siaga, PKK, Kelompok Kader Kesehatan, Posyandu, Poswindu dan UKS. Sementara melalui organisasi bentukan masyarakat antara lain melalui Komunitas atau Paguyuban seperti: GANJEN, KUWACI, PARTO, CANTIK, PATIH, GEMAS, SIBAT, Kelompok Peduli Lingkungan Kelurahan Lewuwigadjah, Kelompok Peduli Lingkungan Kelurahan Citeureup, dan lain-lain maupun LSM, seperti: LSM Penjara, Forum DAS dan Lingkungan Hidup Kota, Lembaga Pemerhati Pendidikan dan Kesehatan Kota Cimahi, LSM Cimahi Alami, Badan Advokasi Lingkungan Cimahi dan lain-lain. Adapun keterlibatan masyarakat juga terefleksikan oleh elemen masyarakat TNI dan masyarakat perusahaan dan pabrik. Peran mereka pada umumnya tertuju pada ketiga aspek program pembangunan kesehatan yang disebut di atas. Keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui organisasi-organisasi tersebut menunjukkan bahwa masyarakat Cimahi telah memiliki kearifan dan kemampuan dalam memanfaatkan serta mengelola sumber daya yang dimiliki untuk mengatasi permasalahan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Masyarakat Cimahi dapat dikatakan telah menciptakan institusi kerja lokal (*institution building*), yang bisa difungsikan untuk membangun dan memperbaiki derajat

kesehatan masyarakat melalui UKBM, PHBS serta menciptakan lingkungan yang sehat, meskipun belum maksimal.

Hal menarik lain bahwa partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan ini difokuskan pada ruang lingkup yang tidak terlalu luas, yakni pada wilayah kelurahan, khususnya RW Siaga dan sekolah-sekolah, dimana pengurus Forum RW Siaga, Tim Penggerak PKK, Pengurus UKS dan masyarakat sekolah, serta para kader kesehatan menjadi aktor utamanya. Pilihan lokus keterlibatan masyarakat pada lingkup yang tidak luas ini, dinilai lebih efektif karena mampu mengorganisir dan lebih mudah menggerakkan keterlibatan warga masyarakat. Masyarakat sekolah dan/atau masyarakat RW Siaga adalah pihak yang paling merasakan akibat dari pembangunan kesehatan dan paling mudah untuk melakukan perubahan. Kondisi ini, jika merujuk pada pemikiran Gerald Zaltman (1972, dalam Soetomo, 2009) dapat dikategorikan ke dalam pendekatan pembangunan partisipasi masyarakat pada *level intermediate* (kelompok masyarakat). Keterlibatan warga masyarakat melalui komunitas-komunitas kecil, dalam banyak praktik tentang partisipasi masyarakat dalam pembangunan, tidak jarang selalu menjadi pendorong lahirnya partisipasi masyarakat yang lebih luas, aktif dan mandiri dalam proses pembangunan.

Selain melalui komunitas yang kecil, partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi berwujud jejaring kerja. FKS yang merupakan media alternatif pembangunan kesehatan juga melakukan jejaring kerja dengan kelompok masyarakat dan SKPD terkait di lingkungan pemerintah Kota Cimahi. Fakta ini mempertegas apa yang disampaikan oleh Rosmidi dan Risyanti (2006) bahwa salah satu aspek untuk menjelaskan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan adalah adanya kontrol dan jejaring kerja antar berbagai elemen dalam pelaksanaan pembangunan. FKS merupakan institusi penggerak dalam mewujudkan kebiasaan masyarakat Cimahi berperilaku hidup bersih dan sehat serta menjaga kesehatan lingkungan agar suatu saat dapat terwujud kemandirian masyarakat yang mampu berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan produktivitas kerja yang lebih baik. FKS beranggotakan berbagai elemen masyarakat yang mengintegrasikan berbagai *stakeholder* dan disiplin ilmu dengan tujuan untuk menciptakan sinergitas dalam mengembangkan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pembangunan kesehatan. Pengurus FKS mempunyai *background* bervariasi diantaranya: dokter, kesehatan masyarakat, perawat, guru, dosen, tokoh agama, tentara, LSM, Ekonom, pengusaha, teknokrat dan wartawan. Hal ini agar dalam membangun jejaring kerja dan komunikasi dengan aktor lain yang peduli dan mau

melaksanakan program pembangunan kesehatan akan lebih mudah terlaksanakan³⁴.

Selama ini, pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi dengan pelibatan masyarakat, Forum RW Siaga yang ada di setiap kelurahan menjadi basis utama dalam proses pelaksanaan pembangunan kesehatan. Anggapannya bahwa melalui Forum RW Siaga pelaksanaannya akan lebih efektif karena ruang lingkungannya kecil apalagi sasaran yang ingin dicapai adalah untuk mewujudkan kesiapan mental, kesiapan kelembagaan dan kesiapan sumber daya dalam proses pelaksanaan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan³⁵. Artinya bahwa dengan melakukan pendekatan pada level yang kecil sasaran gerakan FKS itu relatif lebih mudah dilakukan dan bisa tercapai.

FKS dalam melakukan pembangunan kesehatan, jejaring kerja sama dan sistem pembagian kerja sebagai berikut: para kader kesehatan dan tim penggerak PKK di setiap kelurahan memobilisasi berbagai sumber daya dan menjalankan peran sebagai penggerak masyarakat dalam mewujudkan kebiasaan berperilaku hidup bersih dan sehat serta menjaga sanitasi lingkungan yang lebih baik. Para intelektual dari dunia perguruan tinggi dan juga pihak dinas kesehatan berperan memfasilitasi kelompok kader kesehatan dan Tim penggerak PKK serta masyarakat umum dengan pemikiran yang nyata dan pembinaan-pembinaan yang bermanfaat untuk pengembangan pengetahuan kesehatan dan metode kerja yang lebih baik. Selain itu, membuat arahan-arahan pemikiran atau kebijakan yang inovatif dalam pembangunan kesehatan. Pihak masyarakat perusahaan dan pabrik menyediakan dana CSR untuk mendukung berbagai program atau kegiatan pelaksanaan pembangunan kesehatan. Pihak TNI dan masyarakat umum siap menyediakan sumber daya seperti tenaga dan fasilitas lainnya untuk mendukung semua program dan kegiatan yang dilakukan oleh FKS, baik di lingkungan kelurahan maupun di sekolah-sekolah. LSM menjadi penggerak masyarakat dan melakukan pembinaan serta merangsang kepedulian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta menjaga lingkungan yang sehat. Pihak pemerintah Kota berperan memberi dukungan melalui kebijakan, dana, pembinaan dan fasilitas sarana dan sumber daya manusia bagi FKS³⁶.

FKS dan jejaring kerja yang ada ini menunjukkan bahwa ada kesadaran masyarakat untuk berperan secara serius dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan dengan menggalang kekuatan atau mengembangkan kapasitasnya agar lebih mampu mewujudkan tujuan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Hal yang sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Mardikanto

bahwa syarat penting agar pelaksanaan pembangunan itu efektif adalah melakukan tindakan bersama (*collective action*) dan jejaring komunitas atau kelompok (*community network*) dengan melakukan *shared learning and resources* antar elemen dan kelompok masyarakat bersama pemerintah sehingga menjadi lebih efektif menjalankan peran untuk mendorong kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Kompleksitas Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan dan Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan.

Pada tahapan ini, kompleksitas partisipasi masyarakat dijelaskan oleh 3 (tiga) aspek atau subsistem, yakni: adanya komitmen politik dari walikota dan pembuat kebijakan, adanya wadah dan mekanisme partisipatif serta kesediaan dan kapasitas masyarakat. Kemauan politik dari Walikota dan elit pengambil keputusan untuk melibatkan masyarakat dalam proses perencanaannya, sesungguhnya merupakan hal positif. Masyarakat boleh saja berkehendak untuk melakukan berbagai usulan kegiatan, tetapi jika tidak ada keinginan politik dari Walikota dan para pembuat kebijakan maka hal tersebut hanya sebatas "keinginan liar" yang terungkap. Sehingga tidak memungkinkan untuk dapat mempengaruhi proses perencanaan program dan/atau kegiatan pembangunan kesehatan. Maka itu, adanya komitmen Walikota dan elit pembuat kebijakan menjadi titik awal yang penting bagi keterlibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Selanjutnya, meskipun ada komitmen politik yang jelas dari pimpinan puncak dan jajaran birokrasinya, aktivitas partisipasi masyarakat tidak akan berjalan terorganisir dengan baik dan efektif, jika tidak ada wadah atau mekanisme formal yang membuka ruang bagi masyarakat untuk terlibat di dalamnya. Karenanya, sejalan dengan aspek di atas, maka dibutuhkan wadah untuk proses tersebut. Sehingga ada keterkaitan antara komitmen politik Walikota dengan adanya wadah untuk berpartisipasi secara formal. Pada konteks Kota Cimahi, hal ini secara formal sudah terbentuk melalui Musrenbang sebagai manifestasi dari perintah peraturan perundang-undangan yang ada terkait perencanaan partisipatif. Namun, supaya partisipasi masyarakat dapat lebih mantap terkait dengan kedalaman partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, idealnya diperlukan segera payung atau landasan hukum di tingkat Kota Cimahi mengenai wadah atau mekanisme tersebut. Sehingga akan memberikan kepastian dan kejelasan bagaimana partisipasi masyarakat dalam perencanaan

³⁸ Terungkap dari wawancara dengan Ketua FKS Kota Cimahi

³⁹ Hasil wawancara dengan Ketua Forum Kota Sehat Cimahi

⁴⁰ Data sekunder Laporan Kerja Tahunan Forum Kota Sehat Cimahi 2012

pembangunan kesehatan dilaksanakan.

Kompleksitas dalam perencanaan pembangunan kesehatan antara lain disebabkan oleh rembug warga belum semuanya terjadi di setiap kelurahan, media undangan yang digunakan, masyarakat yang apatis terhadap mekanisme Musrenbang, anggaran yang terbatas, belum adanya kriteria dan mekanisme penentuan prioritas program dan belum adanya mekanisme pertanggungjawaban kepada masyarakat tentang usulan-usulan yang ditolak beserta dengan alasan-alasan penolakannya (ketiadaan *complaints handling mechanism*). Selain itu, fakta empirik menunjukkan bahwa kedua aspek di atas tidak akan bermakna apabila tidak ada kesediaan dan kapasitas masyarakat untuk berpartisipasi. Oleh karena itu, aspek ini juga menjadi sesuatu yang penting dalam menjelaskan bagaimana keterlibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Meskipun demikian, fakta lapangan menunjukkan bahwa ada beberapa aspek yang kemudian menimbulkan adanya kendala bagi masyarakat untuk terlibat dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan. Aspek-aspek tersebut meliputi pengetahuan masyarakat tentang permasalahan kesehatan yang belum memadai, tingkat pendidikan yang belum memadai dari elemen masyarakat yang terlibat, keterbatasan informasi yang dimiliki masyarakat, sikap masyarakat terhadap pemerintah dan adanya konflik kepentingan antar warga masyarakat, khususnya antar kelurahan dan kecamatan terkait usulan program dan kegiatan.

Berdasarkan fakta empirik tersebut, bila dikaitkan dengan kerangka teori yang disampaikan oleh beberapa pakar, seperti (Soetomo, 2009; Mardikanto & Soebianto, 2012; Conde, 1979; Honadle & VanSant, 1985; Arnstein, 1969; Slamet, 1985; Conyers 1994; Soegijoko, 2005; Ife & Tesoriero, 2008; Morgan, 2001; L. Green dlm Suliha, 2000; Lahiri-Dutt & Samanta, 2002; Plummer, 2000), maka umumnya kompleksitas partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan terjadi oleh adanya dua kendala utama, yakni kendala dimensi eksternal dan kendala dalam dimensi internal.

Kendala Partisipasi Masyarakat dalam Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan **Kendala Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan melalui UKBM, PHBS, dan Menciptakan Lingkungan Sehat.**

Kompleksitas partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui UKBM (Posyandu dan Poswindu), pertama-tama dijelaskan oleh faktor kesadaran masyarakat dan aktivitas kader kesehatan. Kesadaran masyarakat berpartisipasi tidak sepenuhnya didorong oleh aspek internal masyarakat tetapi juga didorong oleh adanya aktivitas dari kader kesehatan. Berbagai aktivitas yang dilakukan oleh kader kesehatan untuk memfasilitasi masyarakat, mendorong

sekaligus ikut menentukan tingkat kesadaran masyarakat berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui UKBM. Aspek internal yang menentukan terjadinya kendala kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi meliputi tingkat pendidikan dan pengetahuan masyarakat akan arti penting kesehatan keluarga dan status sosial-ekonomi masyarakat. Kedua aspek saling terkait, karena status sosial-ekonomi mendorong masyarakat untuk mendapatkan pendidikan yang baik yang kemudian menentukan anggota masyarakat untuk memahami arti pentingnya kesehatan, sehingga memicu kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Meskipun di satu sisi keterlibatan tersebut pada tataran UKBM, belum terlalu optimal karena relatif sebagian masyarakat umum telah memiliki dokter pribadi dan menginginkan pelayanan kesehatan bagi bayi atau anaknya di rumah sakit. Di sisi lain, kendala yang menghambat keterlibatan masyarakat juga datangnya dari kader kesehatan. Pada konteks ini dijelaskan oleh lima aspek yaitu kapasitas kader kesehatan yang masih belum memadai, kuantitas kader kesehatan yang terbatas, peran kader kesehatan yang multi fungsi, kesesuaian waktu pelayanan dan insentif yang kecil. Kelima aspek ini bersama-sama menentukan terjadinya kompleksitas partisipasi kader kesehatan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui UKBM. Khusus untuk aspek kapasitas kader kesehatan, fasilitasi dari tenaga kesehatan di Puskesmas dan dinas kesehatan menjadi faktor yang signifikan menjelaskan terjadi atau tidaknya kompleksitas keterlibatan kader kesehatan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Pada aspek PHBS, berdasarkan fakta empirik yang diperoleh menjelaskan bahwa keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui PHBS, dalam praktiknya kompleksitas terjadi karena kesadaran masyarakat untuk melakukan aktivitas PBHS memang nampak dilakukan oleh masyarakat, namun belum menjadi kesadaran semua masyarakat, belum menjadi kebiasaan seluruh warga masyarakat. Di samping itu, kendala lain adalah kondisi sosial ekonomi masyarakat dan dukungan keluarga serta motivasi ibu. Selain adanya kendala internal, terdapat pula kendala eksternal yang meliputi keteladanan Walikota dan pejabat birokrasi pemerintahan Kota Cimahi serta dukungan dari aktivitas para kader kesehatan Kota Cimahi yang berbasis di RW Siaga. Dari sisi kader kesehatan meliputi: kapasitas kader yang belum memadai, jumlah kader yang terbatas dan distribusinya yang tidak merata, peran ganda para kader, kesesuaian waktu kegiatan, dan insentif yang kecil. Sementara pelaksanaan PBHS melalui UKS, kesadaran masyarakat (sekolah) untuk terlibat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui PHBS, pada praktiknya dilakukan oleh

masyarakat sekolah, hanya praktik tersebut belum menjadi kebiasaan semua masyarakat sekolah. Kompleksitas terjadi karena ada beberapa hal yang menjadi faktor penyebabnya, baik yang berasal dari dalam diri para siswa yang melaksanakan PHBS melalui UKS maupun aspek-aspek yang berasal dari luar. Aspek-aspek internal meliputi kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan para siswa, kesadaran berperilaku hidup bersih dan sehat belum menjadi bagian penting dari seluruh siswa sekolah, perilaku hidup bersih dan sehat belum menjadi suatu kebiasaan tapi masih berupa kewajiban bagi para siswa. Berbagai hal di atas sejalan dengan pemikiran yang dikemukakan oleh L. Green dalam Sulih (2000) bahwa perilaku hidup bersih dan sehat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: 1) faktor *predisposing* mencakup pengetahuan dan sikap dari masyarakat, 2) faktor *enabling* mencakup ketersediaan sumber daya dan fasilitas serta 3) faktor *reinforcing* mencakup dukungan dan sikap petugas kesehatan.

Sementara pada aspek upaya menciptakan lingkungan yang sehat, kompleksitas partisipasi masyarakat terjadi karena kendala internal yakni: PHBS yang belum menjadi kebiasaan warga masyarakat, kebiasaan membuang limbah rumah tangga tidak pada tempatnya dan kondisi sosial-ekonomi masyarakat. Adapun kendala yang bersifat eksternal meliputi, dukungan anggaran yang terbatas dan belum kontinuitas dan kondisi lingkungan yang padat. Kompleksitas terjadi juga karena jejaring kerja yabf belum memadai antara elemen masyarakat dalam menggerakkan masyarakat untuk terlibat dalam pembangunan kesehatan lingkungan. Meskipun deskripsi faktual menunjukkan bahwa ada komitmen pemerintah kota dengan membentuk Forum Kota Sehat (FKS), yang dalam operasionalisasinya bekerjasama dengan elemen masyarakat lainnya dan pemerintah kota sendiri. Disamping itu terjadi penolakan masyarakat tertentu dalam upaya PHBS.

Strategi Peningkatan Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan dan Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan

Strategi peningkatan partisipasi masyarakat di dalam perencanaan pembangunan kesehatan ditempuh dengan upaya-upaya yang mengarah pada pemberdayaan pemerintah kota dan masyarakat. Pemberdayaan pada level pemerintahan ditempuh dengan menyediakan, memfasilitasi dan mendukung pelembagaan ruang pelibatan publik untuk berpartisipasi dalam perencanaan pembangunan kesehatan dengan membuat kebijakan khusus mengenai perencanaan pembangunan yang partisipatif. Hal itu dilakukan dengan perubahan terhadap Perda No.2 tahun 2006 tentang sistem perencanaan pembangunan, yang masih bersifat umum. Pelembagaan ruang

keterlibatan masyarakat ini sangat penting untuk memberikan ruang dan keleluasaan masyarakat untuk mengekspresikan aspirasi, harapan dan kebutuhannya mengenai pembangunan kesehatan, bahkan pada konteks tertentu dapat menjadi institusi penting dalam mengemukakan isu-isu strategis terkait dengan perencanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, kehadiran ruang pelibatan publik, secara khusus, Forum Warga {Forum RW Siaga, Lokakarya Mini, Musyawarah Masyarakat RW Siaga, Forum Kecamatan Sehat, Forum Kota Sehat (FKS)} merupakan langkah penting untuk membuka ruang bagi keterlibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan. Fakta empirik ini cukup menjelaskan bahwa strategi yang dilakukan adalah melakukan perubahan pada tatakelola pemerintahan, yaitu dengan melakukan reformasi dan pemberdayaan sistem atau manajemen pemerintahan Kota dalam konteks perencanaan pembangunan kesehatan dan berusaha melegal-formalkan pelembagaan ruang keterlibatan masyarakat melalui Forum Warga (wahana alternatif perencanaan partisipasi di tingkat Kota Cimahi). Berkaitan dengan Forum Warga, keberadaan FKS memiliki arti penting dalam meningkatkan partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan. Strategi yang ditempuh yakni dengan melakukan upaya pendekatan ke dalam, yakni bagaimana memandirikan organisasi FKS sendiri dan pendekatan keluar dengan melakukan jejaring kerja dengan pemerintah (SKPD terkait) dan elemen atau kelompok masyarakat lain serta warga masyarakat. Beberapa upaya spesifik yang dilakukan oleh FKS untuk mengkatalis keterlibatan masyarakat adalah *pertama*, peningkatan kesadaran masyarakat (*awareness raising*). Hal tersebut dilakukan dengan memperkaya konsep-konsep pembangunan yang partisipatoris dalam pengambilan keputusan publik. Beberapa contoh konsep dari kalangan FKS yang berhasil didesiminasikan kepada pemerintah Kota adalah peningkatan kapasitas penanggulangan bencana berbasis masyarakat (SIBAT), Sanitasi Lingkungan Berbasis Masyarakat (SLBM), dan Sekolah Berwawasan Lingkungan (SBL)³⁷. Cara yang ditempuh dengan: (a) mendorong kesadaran eksekutif dan legislatif agar lebih membuka diri terhadap partisipasi warga dengan seminar, workshop dan pelatihan untuk mengangkat aspek partisipasi dalam proses pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, (b) mendorong peningkatan kesadaran masyarakat tentang kebutuhan dan hak mereka berpartisipasi dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan publik berupa kegiatan seperti pendampingan dan pelatihan peningkatan edukasi dan komunikasi masyarakat di bidang lingkungan dan kampanye publik berupa kampanye mengenai arti penting sanitasi kesehatan lingkungan kepada masyarakat³⁸. *Kedua*,

³⁷ Hasil wawancara dengan Ketua Forum Kota Sehat dan Pengurus Forum RW Siaga Kel. Citeureup Kota Cimahi

³⁸ idem

pengembangan institusional, yang dilakukan adalah: (a) Mengintensifkan forum-forum warga, seperti musyawarah masyarakat RW Siaga dan musyawarah masyarakat Forum Kecamatan Sehat yang ada di kelurahan dan kecamatan, (b) Memperbaiki kualitas partisipasi masyarakat dengan menjamin keterlibatan semua elemen masyarakat dalam kepengurusan dan keanggotaan Forum Kota Sehat maupun Forum RW Siaga dan Forum Kecamatan Sehat. Hal itu terlihat dari *background* pengurus dan keanggotaan FKS yang terdiri dari: dokter, kesehatan masyarakat, perawat, guru, dosen, tokoh agama, LSM, TNI, Ekonom, Pengusaha, teknokrat, dan wartawan, (c) membiasakan Forum RW Siaga sebagai media bagi warga masyarakat di setiap kelurahan untuk terlibat dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan, (d) memperkuat jaringan kerja dengan kelompok-kelompok masyarakat lainnya di Kota Cimahi dalam melakukan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi dengan pola *partnership*, yaitu hubungan kerjasama atas dasar kepercayaan, kesetaraan, dan kemandirian untuk mencapai tujuan bersama, (e) melakukan *strategic linkage* dengan donatur, seperti para pengusaha yang ada di Kota Cimahi (perusahaan-perusahaan) dan LSM-LSM peduli kesehatan dan lingkungan, dan (f) memfasilitasi upaya penguatan institusi melalui *civic education* untuk membangun kesadaran, mengembangkan kekuatan dan mengasah ketrampilan berpartisipasi secara efektif kepada para anggota FKS.³⁹ Ketiga, pengembangan kapasitas individu pengurus FKS dan warga masyarakat. FKS melakukan beberapa kegiatan seperti memperkenalkan dan mengembangkan berbagai metode alternatif dan teknik-teknik partisipasi kepada pengurus dan juga kader kesehatan yang ada di RW Siaga,⁴⁰ seperti memperkenalkan metode PLA (*Participatory Learning and Action*).⁴¹ Selain itu, yang dilakukan adalah menyediakan tenaga terampil atau fasilitator untuk memfasilitasi proses partisipasi dengan pelatihan *community organiser* kepada pengurus dan warga masyarakat (kader kesehatan dan masyarakat yang mau terlibat di tingkat RW Siaga). Keempat, melakukan jejaring kerja dengan elemen atau kelompok masyarakat tertentu, seperti LSM, TNI, perusahaan, kelompok paguyuban, dan PT dengan pola *partnership* merupakan upaya yang positif untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan. Di sisi lain, jejaring kerja ini dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan, akan mempunyai kekuatan tersendiri bagi masyarakat untuk mempengaruhi pengambil keputusan mengenai program dan/kegiatan pembangunan kesehatan.

Dukungan dari berbagai elemen masyarakat secara teoritis akan mempunyai implikasi yang positif bagi upaya untuk mempengaruhi pembuat kebijakan dalam mengambil keputusan tertentu. Fakta bahwa adanya upaya membangun jejaring kerja antara FKS dengan elemen atau kelompok masyarakat lainnya dan juga pemerintah Kota sendiri, sejalan dengan apa yang digagas oleh Ife dan Tesoriero (2008) bahwa untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dibutuhkan upaya menciptakan jejaring kerja dengan masyarakat dan organisasi masyarakat yang ada. Selain apa yang dilakukan oleh FKS, pemerintah Kota Cimahi sendiri pun melakukan strategi untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan. Hal yang dilakukan adalah dengan melakukan pemberdayaan bagi warga masyarakat, khususnya adalah para kader kesehatan. Cara yang ditempuh meliputi pengembangan kapasitas masyarakat dengan meningkatkan kompetensi terkait dengan pengembangan wawasan dan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai permasalahan kesehatan, membangun kemampuan merespons persoalan lingkungannya terkait persoalan kesehatan lingkungan yang muncul dan pembangunan *skill* dan peningkatan akses terhadap informasi. Hal itu secara ringkas dikemas dalam program *Capacity Building*. Fakta empirik ini sejalan dengan gagasan Soetomo (2009), bahwa upaya pengembangan kapasitas individu atau warga masyarakat dapat berupa pengembangan wawasan dan tingkat pengetahuan, peningkatan kemampuan untuk merespons dinamika lingkungannya, peningkatan *skill*, peningkatan akses terhadap informasi, sehingga mampu meningkatkan akses dalam pengambilan keputusan.

Pilihan strategi untuk pengembangan kapasitas warga masyarakat di atas merupakan langkah awal yang baik. Selanjutnya yang perlu dilakukan adalah pengembangan kapasitas institusional dan pengembangan kapasitas organisasional, dimana para kader kesehatan tersebut berada atau berkarya. Hal itu karena teori mengatakan bahwa pembangunan kapasitas masyarakat dilakukan dengan tahapan, yaitu mulai dari pengembangan individu SDMnya terlebih dahulu, kemudian berlanjut pada pengembangan institusionalnya dan berakhir pada pengembangan organisasionalnya (Soetomo, 2009). Sementara pada tataran pelaksanaan pembangunan, strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, baik itu dalam UKBM, PHBS dan menciptakan lingkungan yang sehat, ditempuh dengan strategi pemberdayaan. Pendekatan yang digunakan baik itu bersifat bina individu, bina

³⁹ Data sekunder Laporan Kerja FKS tahun 2012.

⁴⁰ Data sekunder Laporan Kerja FKS tahun 2012

⁴¹ PLA merupakan metode pemberdayaan masyarakat yang dulu dikenal sebagai "*learning by doing*" atau belajar sambil bekerja. Praktik yang dilakukan FKS dalam metode pemberdayaan ini adalah dengan proses belajar melalui ceramah, curah pendapat dan diskusi tentang topik tertentu, seperti sanitasi atau kesehatan lingkungan, kampung hijau, pengolahan sampah melalui sistem bank sampah, gerakan anti jentik, dll, yang segera setelah itu diikuti dengan aksi atau kegiatan riil yang relevan dengan materi pemberdayaan yang dilakukan itu.

kelompok ataupun kemitraan/ kerjasama dengan kelompok atau elemen masyarakat lainnya serta tokoh masyarakat. Strategi ini dilakukan untuk memperkuat daya atau kemampuan masyarakat agar semakin mandiri dan berperan serta dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Berkenaan dengan bina individu (penguatan kapasitas individu), terkait UKBM, upaya yang dilakukan umumnya tertuju kepada warga masyarakat dan para kader kesehatan di tingkat RW Siaga. Penekanan kepada kedua unsur masyarakat tersebut terlihat lebih dominan dilakukan selama ini. Adapun program yang dilakukan meliputi program pembinaan dan pelayanan kesehatan dasar, program tumbuh kembang balita di Posyandu, Program peningkatan *capacity building*, program hidup sehat dan bergizi, program pelatihan meningkatkan pengetahuan dan pembentukan sikap perilaku individual, keluarga dan masyarakat serta program perilaku hidup bersih dan sehat.⁴² Operasionalisasi berbagai program ini orientasinya menekankan pada upaya memberikan pengetahuan kepada masyarakat umum dan kader kesehatan agar dapat lebih percaya diri dan mampu memfasilitasi masyarakat pada umumnya dalam melakukan upaya-upaya kesehatan yang berbasis masyarakat, seperti Posyandu dan Poswindu, dan juga hal-hal terkait dengan PHBS dan kesehatan lingkungan.⁴³ Fakta ini bila dihubungkan dengan gagasan yang disampaikan oleh Suyatno (2003,65) menunjukkan bahwa strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi setidaknya menyerupai apa yang digagasnya, yaitu bahwa strategi peningkatan partisipasi masyarakat harusnya dimulai dari tingkat pemerintahan yang paling bawah yaitu mengikutsertakan kelompok penduduk di tingkat desa (kelurahan) dengan upaya-upaya yang bersifat memberdayakan melalui berbagai program yang terarah pada upaya memberikan kekuasaan dan memberikan kemampuan sehingga mampu mengaktualisasikan perannya. Pada lingkup kesehatan lingkungan (kasus persampahan), dilakukan dengan upaya pendampingan, pembinaan bahkan aksi pembersihan jentik di lingkup kelurahan untuk membangun kesadaran warga masyarakat untuk PHBS, pemilahan sampah organik dan anorganik sejak dari rumah dan kampanye peduli sampah kepada warga masyarakat. Sedangkan pada konteks UKS, dilakukan dengan melalui upaya pembinaan, ceramah dan mempraktikkan kebiasaan PHBS dan kesehatan lingkungan kepada seluruh warga sekolah. Langkah-langkah praktis yang ditempuh sebagai berikut.⁴⁴ *Pertama*, analisis situasi. Penentu kebijakan/pimpinan di sekolah melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan

tentang PHBS di sekolah serta bagaimana sikap dan perilaku khalayak sasaran (siswa, warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah) terhadap kebijakan PHBS di sekolah. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan. *Kedua*, pembentukan kelompok kerja, pihak pimpinan sekolah mengajak bicara/berdialog guru, komite sekolah dan tim pelaksana atau guru pembina UKS tentang: maksud, tujuan dan manfaat penerapan PHBS di sekolah, membahas rencana kebijakan tentang penerapan PHBS di sekolah, meminta masukan tentang penerapan PHBS di sekolah, antisipasi kendala sekaligus alternatif solusi, menetapkan penanggung jawab PHBS di sekolah dan mekanisme pengawasannya, membahas cara sosialisasi yang efektif bagi siswa, warga sekolah dan masyarakat sekolah, pimpinan sekolah membentuk kelompok kerja penyusunan kebijakan PHBS di sekolah. *Ketiga*, pembuatan kebijakan PHBS di sekolah yaitu kelompok kerja membuat kebijakan jelas, tujuan dan cara melaksanakannya. *Keempat*, penyiapan infrastruktur, yakni membuat surat keputusan tentang penanggung jawab dan pengawas PHBS di sekolah, instrument pengawasan, materi sosialisasi penerapan PHBS di sekolah, pembuatan dan penempatan pesan di tempat-tempat strategis di sekolah dan pelatihan bagi pengelola PHBS di sekolah. *Kelima*, Sosialisasi penerapan PHBS di sekolah yang meliputi: (a).sosialisasi penerapan PHBS di sekolah di lingkungan internal antara lain, penggunaan jamban sehat dan air bersih, pemberantasan sarang nyamuk, larangan merokok di sekolah dan kawasan tanpa rokok di sekolah, membuang sampah di tempatnya. (b). Sosialisasi tugas dan penanggung jawab PHBS di sekolah. *Keenam*, penerapan PHBS di sekolah dengan cara menanamkan nilai-nilai untuk ber-PHBS kepada siswa sesuai dengan kurikulum yang berlaku (kurikuler), menanamkan nilai-nilai untuk ber-PHBS kepada siswa yang dilakukan di luar jam pelajaran biasa (ekstra kurikuler), yang meliputi: kerja bakti dan lomba kebersihan kelas, aktivitas kader kesehatan sekolah / dokter kecil, pemeriksaan kualitas air secara sederhana, pemeliharaan jamban sekolah, pemeriksaan jentik nyamuk di sekolah, demo/gerakan cuci tangan dan gosok gigi yang baik dan benar, pembudayaan olahraga yang teratur dan terukur, pemeriksaan rutin kebersihan: kuku, rambut, telinga, gigi dan sebagainya, bimbingan hidup bersih dan sehat melalui konseling, kegiatan penyuluhan dan latihan keterampilan dengan melibatkan peran aktif siswa, guru, dan orang tua, antara lain melalui penyuluhan kelompok, pemutaran kaset radio/film, penempatan media poster, penyebaran *leaflet* dan membuat majalah dinding. *Ketujuh*, pengawasan dan evaluasi, lakukan pemantauan dan evaluasi

⁴² Data sekunder LAKIP Dinas Kesehatan 2012 & hasil wawancara dengan Sekdin Kesehatan dan Kabid Promosi Kesehatan Masyarakat.

⁴³ Terungkap dari hasil wawancara dengan Kabid Informasi dan Promosi Dinkes Kota Cimahi

⁴⁴ Ringkasan dari Data sekunder Laporan Evaluasi Kota Sehat Cimahi, 2012

secara periodik tentang kebijakan yang telah dilaksanakan, minta pendapat pokja PHBS di sekolah dan lakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan, putuskan apakah perlu penyesuaian terhadap kebijakan, penerapan sanksi oleh pengawas terhadap pelanggar kebijakan yang dibuat. *Kedelapan*, menggalang dukungan dan peran untuk membina PHBS di sekolah. Adanya kebijakan dan dukungan dari pengambil keputusan seperti Walikota, Kepala Dinas pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan, DPRD, lintas sektor sangat penting untuk pembinaan PHBS di sekolah demi terwujudnya sekolah sehat dan sekolah yang berwawasan lingkungan. Di samping itu, peran dari berbagai pihak terkait (Tim Pembina dan pelaksana UKS) dan tenaga kesehatan harus terus dilakukan.

Pada tataran bina lingkungan (penguatan kapasitas kelompok masyarakat), upaya strategis yang dilakukan, seperti, pembinaan kepada Forum RW Siaga dan UKS, tidak hanya dalam bentuk ceramah tapi juga dalam bentuk tindakan atau aksi bersama seperti PHBS, pelatihan teknis dan manajemen organisasi kepada kelompok komposting dan pembinaan kepada Patih: "Tim Patroli Kawasan Bebas Sampah". Upaya untuk memberikan kapasitas tertentu kepada, misalnya RW Siaga, dengan pembinaan mengenai PHBS sekaligus dalam bentuk aksi berupa pembersihan selokan dan pemberantasan jentik nyamuk demam berdarah; kepada pengurus UKS dengan pembinaan pengetahuan terkait PHBS dan memfasilitasi tenaga kesehatan untuk mendampingi para siswa pengurus UKS melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Sementara untuk kelompok masyarakat komposting dengan memberikan pelatihan teknis dan manajemen pemasaran hasil produk dengan pihak swasta. Terkait dengan hal ini, terlihat menarik untuk diperhatikan. Kadang permasalahan sampah ini menjadi persoalan besar dalam konteks pembangunan kesehatan di Kota Cimahi, ketika timbul berbagai penyakit di masyarakat. Cara preventif untuk mencegah persoalan yang lebih besar dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat di Kota Cimahi, salah satunya adalah penanganan permasalahan sampah ini, selain pembuangan limbah rumah tangga dan pabrik serta drainase. Karenanya, meski sudah memiliki 26 lokasi komposting, pilihan melakukan tindakan berupa membangun *pilot project* di perumahan Kota Mas merupakan bentuk nyata upaya pemberdayaan kelompok masyarakat dalam melakukan komposting. Alasan utamanya adalah mengatasi kekurangan kemampuan kelompok masyarakat

komposting dalam hal pemasaran dan kualitas kompos yang dimintakan oleh pihak swasta, sekaligus membangun kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan di Kota Cimahi melalui suatu sistem pemberdayaan yang baik.⁴⁵

Penguatan kapasitas jejaring kerja dengan melakukan kerjasama dengan berbagai elemen dan entitas masyarakat melalui FKS. Misalnya dalam upaya menciptakan lingkungan yang sehat ada upaya peningkatan kerjasama antara elemen masyarakat seperti perusahaan dan pabrik-pabrik yang ada di Kota Cimahi untuk mengarahkan CSR dalam pengadaan sarana dan prasarana persampahan dan dengan Forum Kota Sehat dengan penghargaan "kampung hijau" atau RW Siaga Sehat serta bekerjasama dengan para pemulung, meskipun saat ini belum berjalan dengan baik.

Strategi yang lain adalah mendayagunakan figur Walikota Cimahi yang dekat dengan masyarakat melalui cara melakukan *social engineering* pelibatan masyarakat dengan tindakan bersama (*collective action*) yang inovatif dalam jejaring kerja Forum Kota Sehat, misalnya bersepeda sehat disponsori program CSR perusahaan sambil menginternalisasi PHBS dan menjaga lingkungan yang sehat. Keteladanan dari Walikota mempunyai arti penting untuk membangkitkan kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Suatu hal yang barangkali sudah langkah ada saat ini. Padahal, kita tahu bahwa rakyat Indonesia, termasuk di Kota Cimahi, masih dalam situasi yang dalam bahasa sosiologis dikenal sebagai *masyarakat anomali*, yaitu suatu masyarakat yang tidak lagi mempunyai pegangan nilai-nilai. Hal itu disebabkan oleh masyarakat tidak lagi melihat dan menemukan keteladanan, panutan atau pengalaman-pengalaman dari perilaku pejabat publik yang pantas dijadikan model dan acuan dalam kehidupan mereka sehari-hari, termasuk dalam penyelenggaraan pemerintahan. Banyak masyarakat saat ini, menyaksikan pejabat publik melakukan berbagai pelanggaran hukum, bertindak hanya untuk kepentingan pribadi mereka sendiri, bukan lagi kepentingan rakyat yang mereka pimpin. Padahal corak sosiologis masyarakat kita masih kental diwarnai oleh budaya paternalistik⁴⁶, yang masih mencontoh dan meneladani apa yang dilakukan oleh pimpinannya, seperti juga kata Riggs (1971) dalam bukunya "*Frontiers of Development Administration*."

⁴⁵ Langkah yang dilakukan pemerintah Kota Cimahi melalui Dinas Kebersihan dan Pertamanan adalah dengan penyediaan kantong sampah terpilah antara organik dan anorganik bagi semua rumah di perumahan Kota Mas. Langkah kedua penerapan punishment and reward bagi yang menaati pemilahan di rumah tangga. Penanaman nilai kesadaran bagi masyarakat untuk melakukan pemilahan sampah. Petugas hanya akan mengangkut sampah yang telah terpilah dari warga masyarakat, bagi yang tidak melakukan selain harus membuang sampah sendiri ke TPS terdekat juga harus membayar denda pembuangan ke TPS. Sedangkan bagi yang menaati diberi keringanan membayar retribusi sampah bahkan kalau memungkinkan dibebaskan dari iuran. Hal ini akan memacu masyarakat untuk memilah sampah karena dengan langkah ini akan menekan pengeluaran bulanan dan keuntungan juga didapat masyarakat dan Pemerintah Kota Cimahi karena pemilahan ini akan menurunkan volume timbulan sampah yang terbuang ke TPA. Langkah ketiga, adalah tersedianya gerobak sampah terpilah di fasilitas umum, sehingga ada sinergisitas kegiatan antara pemerintah Kota dan masyarakat untuk mengurangi timbulan sampah. Masyarakat tidak berjalan sendiri dan apa yang dilakukan pemerintah tidak sia-sia belaka. Langkah keempat adalah pengolahan sampah di sumber TPA, dengan difasilitasi oleh tenaga ahli yang memahami proses komposting sehingga mendapatkan kualitas kompos yang dibutuhkan pihak swasta. Selain itu pihak pemerintah Kota Cimahi akan membeli terlebih dahulu hasil komposting itu. Bentuk apresiasi yang dilakukan pemerintah Kota Cimahi, baik itu reward dan insentif ini, didukung oleh Perdä No.16 tahun 2011, yakni dalam pasal 10.

⁴⁶ Dalam suatu masyarakat dengan pola dasar kehidupan bermasyarakatnya diwarnai oleh budaya paternalistik, biasanya tingkah lakunya sangat bergantung pada tingkah laku pejabat publiknya (Kleden: 2001).

E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

a. Kesimpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan beberapa hal penting terkait tujuan penelitian ini, yakni:

1. Partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan menggabungkan antara mekanisme informal (Forum Warga) dan mekanisme formal (melalui Musrenbang Kelurahan sampai Kota). Mekanisme informal, pelibatan masyarakat berada pada derajat partisipasi warga karena ada forum warga untuk bertemu dan bersama-sama mendiskusikan berbagai masalah dan usulan program/kegiatan yang dianggap menjadi kebutuhan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi. Mekanisme informal relatif memberikan jaminan efektivitas dalam proses perencanaan program dan/atau kegiatan pembangunan kesehatan karena secara keseluruhan telah memberi ruang yang luas kepada masyarakat untuk menyampaikan aspirasi dan kepentingannya, tanpa suatu tekanan. Sedangkan mekanisme formal pelibatan masyarakat berada pada derajat partisipasi konsultasi. Sehingga praktiknya, partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi merupakan partisipasi masyarakat dari bawah ke atas (*bottom-up*) dikombinasikan partisipasi masyarakat dari atas ke bawah (*top-down*) serta teknokratis. Sementara partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Cimahi dilakukan melalui institusi kerja lokal dan jejaring kerja kelompok masyarakat yang difungsikan untuk membangun dan memperbaiki derajat kesehatan masyarakat melalui UKBM, PHBS serta menciptakan lingkungan yang sehat. Pilihan pendekatan partisipasi masyarakat terfokus pada ruang lingkup masyarakat yang tidak luas dan *level intermediate* (kelompok masyarakat), yakni RW Siaga di Kelurahan dan sekolah-sekolah.
2. Kompleksitas partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan terjadi oleh adanya beberapa kendala eksternal dan internal yang menyebabkan kondisi keterlibatan masyarakat menjadi relatif kurang kondusif dan berhasil guna. Pada tataran perencanaan kendala eksternal, seperti: komitmen Walikota menerapkan sistem perencanan pembangunan kesehatan yang partisipatif tidak didukung oleh jajaran birokrasi terkait yang belum sepenuh hati mendelegasikan kewenangan, ketidakpercayaan pengambil keputusan tertentu terhadap masyarakat, pengambil keputusan belum mau kekuasaan mengambil keputusan diintervensi oleh masyarakat, mekanisme perencanaan partisipatif yang ada belum ada payung hukum yang mengatur secara khusus tentang itu,

rebug warga belum semuanya terjadi di setiap kelurahan, masyarakat yang apatis terhadap mekanisme Musrenbang, anggaran yang terbatas, pilihan media undangan tidak formal sehingga tidak ada kewajiban moral dan sosial bagi masyarakat yang diundang untuk menghadiri Musrenbang, belum adanya kriteria dan mekanisme penentuan prioritas program dan belum adanya mekanisme pertanggungjawaban kepada masyarakat tentang usulan-usulan yang ditolak beserta dengan alasan-alasan penolakannya. Kendala internal, seperti: pengetahuan masyarakat tentang permasalahan kesehatan yang belum memadai, tingkat pendidikan yang relatif belum memadai, keterbatasan informasi yang dimiliki masyarakat, sikap masyarakat terhadap pemerintah dan adanya konflik kepentingan antar warga masyarakat, khususnya warga kelurahan dan kecamatan terkait usulan program dan kegiatan. Sementara pada tataran pelaksanaan:

- (1). Kendala eksternal pembangunan kesehatan melalui UKBM, seperti: kapasitas kader kesehatan yang belum memadai, kuantitas kader kesehatan yang belum mencukupi dan distribusi yang tidak merata di setiap kelurahan, peran kader kesehatan yang multi fungsi, kesesuaian waktu pelayanan dan belum adanya gaji bagi para kader kesehatan. Kendala internal meliputi: tingkat pendidikan masyarakat yang relatif rendah, pengetahuan masyarakat akan arti penting kesehatan keluarga terbatas, serta status sosial-ekonomi masyarakat.
- (2). Kendala eksternal pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui PHBS, seperti: kondisi para kader kesehatan, kondisi sosial-ekonomi masyarakat, dukungan keluarga, dukungan sekolah yang belum maksimal terkait fasilitas UKS, kuantitas guru pembina UKS yang belum mencukupi, dukungan anggaran yang belum memadai, program pembinaan yang terbatas, kerjasama puskesmas dan sekolah yang belum dilaksanakan dengan baik, belum saling mendukung program UKS antara dinas pendidikan dan dinas kesehatan, serta belum adanya dukungan kebijakan khusus mengenai PHBS di sekolah. Sedangkan kendala internal meliputi: PHBS belum menjadi kebiasaan semua masyarakat dan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan. belum, Kota Cimahi.
- (3). Kendala eksternal pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui upaya menciptakan lingkungan yang sehat, seperti: dukungan anggaran yang terbatas dan belum kontinuitas, kondisi lingkungan permukiman yang padat, masih adanya pandangan yang kuat bahwa urusan kesehatan lingkungan adalah urusan Dinas Kesehatan dan koordinasi yg

belum baik antar *stakeholders* terkait. Kendala internal, seperti: kebiasaan membuang limbah rumah tangga tidak pada tempatnya dan kondisi sosial-ekonomi warga masyarakat.

3. Strategi peningkatan partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan ditempuh dengan strategi "*to give of power*" atau pemberdayaan pemerintahan dan strategi "*to give ability*" atau pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan pemerintahan dilakukan dengan menyediakan, memfasilitasi dan mendukung pelembagaan ruang pelibatan masyarakat melalui kebijakan dan manajemen perencanaan pembangunan kesehatan yang partisipatif dengan cara melegal-formalkan sistem perencanaan pembangunan yang partisipatif, meski saat ini masih bersifat Raperda untuk menggantikan Perda No.2 tahun 2006 tentang sistem perencanaan pembangunan Kota Cimahi, peningkatan kapasitas sumber daya manusia aparatur (program *capacity building*) serta peningkatan kapasitas jejaring kerja dengan masyarakat melalui tindakan atau aksi bina lingkungan yang terfokus pada RW Siaga tiap kelurahan (mewajibkan setiap SKPD memiliki kelurahan binaan). Adapun, pemberdayaan masyarakat ditempuh dengan pengembangan kapasitas warga dan kelompok masyarakat melalui upaya peningkatan kompetensi, terutama terkait dengan pengembangan wawasan dan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai permasalahan kesehatan, membangun kemampuan merespons persoalan lingkungannya dengan peningkatan *skill* berupa pengenalan dan penggunaan metode dan teknik partisipatif, seperti PLA (*Participatory Learning and Action*), peningkatan akses terhadap informasi, serta memperluas jejaring kerja dengan elemen atau kelompok masyarakat di Kota Cimahi) dan pengembangan kapasitas kemitraan atau jejaring kerja dengan pemerintah, kelompok atau elemen masyarakat dengan cara melakukan *shared learning and resources* antar elemen dan kelompok masyarakat bersama pemerintah Kota dalam jejaring Forum Kota Sehat serta mendayagunakan figur Walikota Cimahi yang dekat dengan masyarakat melalui cara melakukan *social engineering* pelibatan masyarakat dengan tindakan bersama (*collective action*) yang inovatif.

b. Rekomendasi

Berdasarkan pada beberapa simpulan yang ditemukan dalam penelitian ini maka saran strategis yang diberikan untuk pemerintah Kota Cimahi adalah: (1) penguatan kapasitas institusi kerja lokal yang telah ada dalam perencanaan pembangunan kesehatan melalui mekanisme internal, agar institusi lokal yang menjadi forum warga tersebut dapat berkontributif dan memperbaiki sistem

perencanaan pembangunan kesehatan yang lebih efektif, produktif dan akuntabel; (2) mendorong untuk mempercepat lahirnya *legal framework* berupa kebijakan atau peraturan yang membuka ruang partisipasi masyarakat dan pemberdayaan pemerintah Kota. Hal ini diperlukan dengan memperhatikan bahwa masih belum ada Perda khusus mengenai sistem perencanaan pembangunan yang partisipatif di Kota Cimahi, meskipun sudah ada Raperda untuk memperbaiki dan menyempurnakan Perda No.2 tahun 2006; (3) mekanisme Musrenbang perlu diperbaharui, khususnya harus ada *complaints handling mechanism* dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan dan kriteria dan mekanisme penentuan prioritas program karena pada praktiknya saat ini belum adanya mekanisme pertanggungjawaban kepada masyarakat tentang usulan-usulan program dan/atau kegiatan yang ditolak beserta dengan alasan-alasan penolakannya dan belum adanya kriteria dan mekanisme penentuan prioritas program; (4) harus dilakukan upaya peningkatan pengembangan kapasitas individu, kelompok maupun jejaring kerja secara berkelanjutan, khususnya dalam hal advokasi kebijakan dan pendidikan politik. Hal itu dilakukan karena fakta empirik menunjukkan bahwa strategi pemberdayaan yang dilakukan selama ini kurang memberikan perhatian pada aspek advokasi kebijakan dan pendidikan politik bagi masyarakat, melainkan lebih pada substansi terkait dengan permasalahan pembangunan kesehatan. Padahal, terkait dengan perencanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan, pemberdayaan masyarakat tidak cukup hanya terbatas pada peningkatan kapasitas mengenai substansi persoalan bidang kesehatan, akan tetapi diperlukan juga advokasi hukum atau kebijakan, bahkan pendidikan politik yang cukup bagi masyarakat untuk penguatan daya tawar politis, kaitannya dengan pemberian legitimasi inovasi yang dilakukan atau ide-ide perubahan yang akan ditawarkan melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat mengenai pembangunan kesehatan.

Sementara, dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan sarana yang dapat diberikan adalah: (1) mendorong lebih kuat pemerintah Kota dan legislatif untuk memperbaiki kondisi para kader kesehatan, baik terkait dengan kapasitas maupun distribusi yang merata ke setiap kelurahan serta memperhatikan insentif yang lebih baik kepada mereka; (2) penguatan dan mendukung sepenuhnya *community based action* (Penguatan program *institution building*). Hal ini penting karena fakta menunjukkan bahwa kelompok-kelompok masyarakat dan elemen masyarakat yang ada di Kota Cimahi telah tumbuh tetapi belum maksimal aktivitas & jejaring kerjanya; (3) memperkuat aksi yang terencana dan berkesinambungan untuk membangun kebiasaan hidup bersih dan sehat serta

menciptakan lingkungan yang sehat sedari dini melalui pendidikan PHBS dan kesehatan lingkungan di sekolah & RW Siaga; (4) apabila pelaksanaan pembangunan kesehatan pilihan strateginya adalah dengan jejaring kerja antar FKS, pemerintah dan entitas masyarakat, maka hal yang harus diperhatikan ke depannya adalah harus ada perubahan pandangan bahwa urusan kesehatan masyarakat adalah urusan Dinas Kesehatan, penguatan koordinasi antar *stakeholders* terkait dalam pembangunan sanitasi fisik dan peningkatan anggaran; (5) Pemerintah Kota bekerjasama dengan perusahaan/pabrik memanfaatkan program CSR dan adanya faktor 'X', keteladanan dan kepercayaan masyarakat kepada Walikota, untuk melakukan secara intens "*social engeneering*" guna menggerakkan masyarakat ikut terlibat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui kegiatan PHBS dan kesehatan lingkungan.

Disamping beberapa saran strategis di atas, maka perlu kiranya peneliti memberikan saran teoritis pada peneliti lainnya yang menggeluti studi ilmu administrasi publik, khususnya terkait dengan studi mengenai partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, agar menindaklanjuti studi ini dengan menggunakan pendekatan berpikir sistem, baik dengan menggunakan *soft system* dan/atau *hard system*, untuk mensimulasikan model-model atau keterkaitan beberapa aspek atau faktor yang ditemukan dalam penelitian ini, baik dalam tahapan perencanaan maupun dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang melahirkan kompleksitas partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Penelitian disarankan sebaiknya menggunakan metode penelitian kuantitatif agar lebih cermat untuk menguji faktor-faktor dominan yang mempengaruhi terjadinya kompleksitas partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di tingkat Kota.

c. Implikasi Teoritis

Penelitian ini memberikan implikasi teoritis pada Ilmu Administrasi Publik, khususnya dalam praktik formulasi atau perencanaan kebijakan dan/atau program pembangunan dengan pendekatan partisipatif, bahwa dikotomis yang ketat antara perencanaan kebijakan dan/atau program pembangunan yang partisipatif dan tidak partisipatif ditinjau dari indikator keterlibatan masyarakat, pada kenyataannya tidak berjalan sedemikian itu. Fakta yang terjadi adalah bahwa konsep pendekatan perencanaan kebijakan dan/atau program pembangunan yang menekankan partisipasi masyarakat dari bawah ke atas (*bottom-up*) melengkapi bahkan memperkuat konsep pendekatan perencanaan kebijakan dan/atau program pembangunan dari atas ke bawah (*top-down*) dan teknokratis dengan partisipasi masyarakat, sehingga melahirkan model

perencanaan pembangunan partisipatif yang disebut *quasi-bottom up*, yaitu partisipasi masyarakat dari bawah ke atas dikombinasi dengan perencanaan pembangunan kesehatan yang bersifat dari atas ke bawah dengan partisipasi masyarakat plus teknokrat.

Hasil penelitian yang menarik lainnya adalah bahwa dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan, *mekanisme perencanaan partisipatif alternatif atau mekanisme internal* memiliki peran penting untuk menggali aspirasi masyarakat dan keterlibatan masyarakat dibandingkan dengan perencanaan partisipatif yang bersifat formal melalui Musrenbang, apabila tidak dijalankan secara benar. Maka itu, implikasi teoritis dari temuan penelitian ini adalah bahwa teori partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan dengan mekanisme formal perlu dilengkapi dengan teori partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan yang bersifat informal dengan memperhatikan keterlibatan masyarakat melalui entitas-entitas sosial yang telah ada dalam masyarakat atau entitas-entitas sosial bentukan baru yang disebut Forum Warga.

Selanjutnya, penelitian ini memberikan implikasi teoritis pada studi Ilmu Administrasi Publik terkait partisipasi masyarakat dalam pembangunan bahwa partisipasi masyarakat bukan saja dijelaskan oleh *hard structural aspects* berupa adanya komitmen pemerintah menerapkan pendekatan partisipatif, adanya kebijakan yang mengatur tentang sistem perencanaan pembangunan yang partisipatif, mekanisme Musrenbang dan lingkungan birokrasi yang mendukung tetapi juga *soft structural aspect* yaitu keteladanan pejabat publik dan aparatur birokrasinya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Cassell, Catherine and Symon, Gillian. (1994). *Qualitative Methodes in Organizational Research: A Pratical Guide*. London: Sage Pulications.
- Chambers, R. (1996). *Memahami Desa Secara Partisipatif*. Yogyakarta: Kanisius
- Conyers, Diana. (1994). *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga, Suatu Pengantar*. (ed ketiga, terjemahan). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Creswell, John W., (2010). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. (cetakan pertama, terjemahan), Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Davis, Glyn and Michael Keating. (2000). *The Future of Governance*. Australia: Allen & Ulwin.
- Denhardt, J.V. and R.B.Denhardt. (2003). *The New Public Service: Serving Not Steering*. New York: M.E.Sharpe.

- Denzin, Norman. K., & Yvonna S. Lincoln. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. London: Sage Publication.
- Fung, A. and E.O.Wright. (2001). *Deepening Democracy: Innovations in Empowered Participatory Governance, Politics and Society*
- Frederickson, H.G. (1999). *The Spirit of Public Administration*. San Fransisco: The Jossey-Bass Public Administration Series.
- Gaventa, John and Andrea Cornwall. (1999). *From Users and Choosers to Makers and Shapers: Repositioning Participation in Social Policy*.
- Honadle George and Jerry VanSant. (1985). *Implementation for Sustainability. Lesson from Integrated Rural Development*. India: Kumarian Press.
- Ife, Jim and Frank Tesoriero. (2008). *Community Development: Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi*. Dalam Sastrawan Manullang, dkk (ed terjemahan). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Jackson, Karl D., (1978); *Bureaucratic Polity: A Theoretical Framework for the Analysis of Power and Communication in Indonesia*, dalam Jackson, Karl D. dan Pye, Lucian W. *Political Power and Communication in Indonesia*. Berkeley: University of California Press.
- Kartasasmita, G. (1996). *Pembangunan untuk Rakyat: Memadukan Pertumbuhan dan Pemerataan*, Jakarta: CIDES.
- Korten, David C. (1987). *Community Management: Asian Experience and Perspective*. Kumarian Press: West Hardford. Connecticut
- Korten, David C and Felipe B. Alfonso (eds). (1983). *Bureaucracy and The Porr: Closing the Gap*. Kumarian Press: West Hardford. Connecticut.
- Krueger, R.A. (1998). *Analyzing and Reporting Focus Group Results* Focus Group kit 6., London: Sage Publications.
- Leach dan Percy-Smith. (2001). *Local Governance in Britain*. New York: Palgrave.
- Lineberry, William P. (1989). *Assesing Participatory Development: Rethoric Versus Reality*. San Fransisco, London: Westview Press.
- Mardikanto, Totok & Poerwoko Soebianto. (2012). *Pemberdayaan Masyarakat dalam Perspektif Kebijakan Publik*. Alfabeta Bandung.
- Martin, D.W.(1989). *The Guide to The Foundations of Public Administration*. New York: Marcel Dekker, Inc
- Milles, Matheuw, B. & A. Mitchel Huberman. (1992). *Qualitative Data Analysis*, Beverly Hills: Sage Publication, Inc
- Mosse, David. (2004). *Pembangunan Partisipatoris. dalam Philip Quarles van Ufford & Ananta Kumar Giri (ed). Kritik Moral Pembangunan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Neuman, W. Lawrence. (2000). *Social Research Methodes: Qualitative and Quantitative Approaches*. (4th ed). USA: Allyn and Bacon.
- Oakley P., (1989). *Community Involvement in Health Development: An Examination of Critical Issues*. Geneva: World Health Organization.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Harvard University Press.
- Plummer, J. (2000). *Municipalities and Community Participation: a Sourcebook for Capacity Development*. London: Farthscan
- Riggs, Fred. W., (1971). *Frontiers of Development Administration*. Duke University Press.
- Roesmidi dan Riza Risyanti. (2006). *Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: Alqaprint Jatinangor.
- Rosenbloom, D.H., & R.S. Kravchuk. (2005). *Public Administration: Understanding Management, Politics and Law in The Public Sector* (Six edition). Singapore: McGraw Hill.
- Saly, S. I, et al. (2007). *Decentralised DOTS Shortens Delay to TB Treatment Significantly in Cambodia*
- Santoso, Priyo Budi. (1993). *Birokrasi Pemerintah Orde Baru: Perspektif Kultural dan Struktural*. Jakarta: Rajawali Press.
- Simmons, Robert H. and Dvorin, Eugene P. (1977). *Public Administration: Value, Policy and Change*. Washington, DC: Alfred Publishing Co. Inc.
- Soetomo, (2009). *Pembangunan Masyarakat: Merangkai Sebuah Kerangka*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Soetrisno, Loekman. (1995). *Menuju Masyarakat Partisipatif*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Steifel, M. and Woelfe, M. (1994). *A Voice for the Excluded: Popular Participation in Development, Utopia or Necessity?*. London: Zed Books.
- Suliha, (2000). *Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: PT. EGC.
- Sumarto, Hetifah Sj. (2009). *Inovasi, Partisipasi dan Good Governance: 20 Prakarsa Inovasi dan Partisipasi di Indonesia*. Edisi Kedua. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Sumaryono, E. (1993). *Hermeneutik: Sebuah Metode Filsafat*. Yogyakarta: Kanisius.
- Suparjan & Suyatno, H. (2003). *Pengembangan Masyarakat dari Pembangunan Sampai Pemberdayaan*. Edisi Ke-1. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Aditya Media.
- Tjokrowinoto, Moelyarto. (2001). *Pembangunan Dilema dan Tantangan*. Cetakan Ketiga. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tiilhonon, Seppo. (2004). *From Governing to Governance*. Tampere University Press
- Timney, M. M. (1998). *Overcoming Administrative Barriers to Citizen Participation: Citizens as Partners, not Adversaries*. In C. S. King & C. Stivers (Eds.), *Government is us: Public administration in an anti-government era* (pp. 88-101). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Vigoda, E. (2003). *New Public Management*. Dalam Jack Rabin (ed), *Encyclopedia of Public*

Administration and Public Policy. New York: Marcel Dekker, Inc.

Wassen, J. (1997). *A Study on Decentralizing from Acute Care to Home Care Setting in Germany: Health Policy*.

Wilmore, Larry. (2003). *Civil Society Organizations, Participation and Budgeting*.

Wrihatnolo, Randi R. dan Riant Nugroho Dwidjowijoto. (2007). *Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar dan Panduan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Disertasi, Jurnal dan Surat Kabar

Damanhuri, Didin S. (1997). Perekonomian Indonesia dalam Konteks Paradigma Baru Pembangunan pada Abad 21. Dalam *Ekonomi Politik, Orientasi Pendalaman Bidang Tugas DPRD Tk I dan DPRD Tk II*.

Dwiyanto, Agus. (2004). *Reorientasi Ilmu Administrasi Publik: Dari Government ke Governance*. Pidato Pengukuhan Guru Besar UGM.

Folke, Carl, Thomas Hahn, Per Olsson and Jon Norber. (2005). "Adaptive Governance of Social-Ecological Systems" dalam *Annual Review of Environment and Resources* Vol. 30:441-473

Goodsell, C.T. (2006). A New Vision Public Administration. dalam *Public Administration Review*, Jul/Agustus, 66,4, Academic Research Library. Hal. 623-635

Ghosh, S.K., Patil, R.R., Tiwari, S. and Dash, A.P., 2006. A community-based health education programme for bio-environmental control of malaria through folk theatre (*Kalajatha*) in rural India. *Malaria Journal*, [Online] 5, p. 123.

Jackson, Karl D., (1978). *Bureaucratic Polity: A Theoretical Framework for the Analysis of Power and Communication in Indonesia*. dalam Jackson, Karl D. dan Pye, Lucian W. "Political Power and Communication in Indonesia", Berkeley: University of California Press.

Kettl, Donald F. (2000). The Transformation of Governance: Globalization, Devolution and Role Of Government. dalam *Journal of Public Administration Review*, Vol. 60. No.6, p:448-497

Lahiri-Dutt, K. and Samanta, G., (2002). State Initiatives for the Empowerment of Women of Rural Communities: Experiences from Eastern India. *Community Development Journal*,

[Online] 37, pp. 137-156.

Moeliono, Laurike. (2001). Metode dan Analisis Focus group Discussion dalam Penelitian Kualitatif. dalam *Jurnal Penelitian Lembaga Penelitian Universitas Katolik Parahyangan*, No.11, Agustus 2001, Bandung.

Morgan, L.M., (2001). Community Participation in Health: Perpetual Allure, Persistent Challenge. *Health Policy and Planning*, [Online] 16 (3), pp. 221 – 230.

Pimbert, M. (2001) dalam "Institutionalizing Participation in Municipal policy Development: Preliminary Lessons from a Start-Up Process in Plateau Mont Royal" (Landry & Angeles, 2011), *Canadian Journal of Urban Research*. Vol. 20. Institute of Urban Studies. P. 105-130.

Prasojo, Eko. (2009). Pergeseran dan Pengadopsian Paradigma Administrasi Negara dalam Kurikulum. Makalah dalam acara *Diskusi Terbatas di STIA LAN Bandung*, 18 Agustus 2009

Ramiro, Laurie. S., et.al. (2007). Community Participation in Local Health Boards in a Decentralized Setting: Cases from Philippines. Dalam *Journal of Public Health* .p.147-156.

Riawanti, Selly. (2010). Metode Kualitatif dalam Ilmu-Ilmu Sosial. Makalah dalam *Kegiatan Pembekalan terhadap Dosen Pembimbing di STIA LAN Bandung*, 31 Mei 2010, Bandung.

Rifkin, S.B., (2001). Ten Best Readings on Community Participation and Health. *African Health Sciences*, [Online] 1(1), pp. 43 – 47.

Rondinelli, D.A. (2007). Government Serving People: The Changing Role of Public Administration in Democratic Governance. Dalam *Public Administration and Democratic Governance: Governments Serving Citizens*. New York: United Nations: Economic and Social Affairs.

Sciller, Jim. (2009). Belajar Berpartisipasi. Dalam Hetifah Sj. Sumarto. *Inovasi, Partisipasi dan Good Governance: 20 Prakarsa Inovasi dan Partisipasi di Indonesia*. Edisi Kedua, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Smith, L.K., (1991). Community Participation in Health: A Case Study of World Health Organization's Healthy Cities Project in Barcelona and Sheffield. *Community Development Journal*, [Online] 26 (2), pp. 112 – 117.