



Strategi Keterlibatan Masyarakat yang Inovatif untuk Kesehatan Masyarakat yang Berkelanjutan: Analisis Perbandingan India dan Indonesia

Kumar Apurvakant Gautam¹, Inriati Lewa¹, Syahwan Alfianto Amir^{1*}

¹ Universitas Hasanuddin, Makassar, Indonesia

*Corresponding author email: syahwanalfianto@unhas.ac.id

Article Info

Article history:

Received Januari 08, 2026
Approved August 09, 2026

Keywords:

Community Engagement,
Public Health, Digital
Health, India and
Indonesia

ABSTRACT

Community engagement plays a crucial role in improving public health systems by promoting local participation, increasing accessibility of health services, and ensuring culturally relevant interventions. This study presents a comparative analysis of community engagement strategies in India and Indonesia, focusing on health worker models, digital health innovations, and grassroots health movements. India's approach is characterized by government-led initiatives such as the Accredited Social Health Activist (ASHA) program, which has made significant contributions to maternal and child health. In contrast, Indonesia relies on a decentralized health care system driven by community health centers (Puskesmas), community health posts (Posyandu), and faith-based organizations. Using a mixed-methods approach, this study combines bibliometric analysis, policy reviews, and case studies to evaluate the effectiveness of different engagement models. The results show that India has made significant progress in digital health adoption, leveraging mHealth and AI-based telemedicine platforms to improve health care delivery. In contrast, Indonesia's community-based approach fosters strong social cohesion but faces challenges in service standardization and regional disparities.

ABSTRAK

Keterlibatan masyarakat memainkan peran penting dalam meningkatkan sistem kesehatan publik dengan mempromosikan partisipasi lokal, meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan, dan memastikan intervensi yang relevan secara budaya. Penelitian ini menyajikan analisis komparatif strategi keterlibatan masyarakat di India dan Indonesia, dengan fokus pada model tenaga kesehatan, inovasi kesehatan digital, dan gerakan kesehatan akar rumput. Pendekatan India dicirikan oleh inisiatif yang dipimpin pemerintah seperti program Accredited Social Health Activist (ASHA) yang telah memberikan kontribusi signifikan terhadap kesehatan ibu dan anak. Sebaliknya, di Indonesia bergantung pada sistem layanan kesehatan terdesentralisasi yang digerakkan oleh Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat), Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), dan organisasi berbasis agama. Dengan pendekatan metode campuran, penelitian ini menggabungkan analisis bibliometrik, tinjauan kebijakan, dan studi kasus untuk mengevaluasi efektivitas berbagai model keterlibatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa India telah membuat kemajuan signifikan dalam adopsi kesehatan digital, memanfaatkan platform Telemedicine berbasis mHealth dan AI untuk meningkatkan pemberian layanan kesehatan. Sebaliknya, pendekatan berbasis komunitas Indonesia mendorong kohesi sosial yang kuat, tetapi menghadapi tantangan dalam standarisasi layanan dan disparitas regional.



How to cite: Gautam, K. A., Lewa, I., & Amir, S. A. (2026). Strategi Keterlibatan Masyarakat yang Inovatif untuk Kesehatan Masyarakat yang Berkelanjutan: Analisis Perbandingan India dan Indonesia. *Jurnal Ilmiah Global Education*, 7(3), 2503–2511. <https://doi.org/10.55681/jige.v7i3.4298>

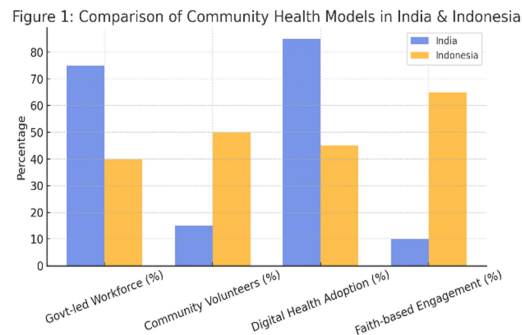
PENDAHULUAN

Keterlibatan masyarakat secara luas dipandang sebagai komponen mendasar dari sistem kesehatan publik yang efektif dan berkelanjutan. Hal tersebut diakui untuk meningkatkan penyediaan layanan kesehatan, mendorong perubahan perilaku positif, dan meningkatkan pemerataan kesehatan (WHO, 2022; CDC, 2021). Keterlibatan masyarakat lokal dalam program kesehatan memastikan bahwa intervensi relevan secara budaya, diterima secara lokal, dan berkelanjutan, khususnya di negara-negara Low and Middle Income Countries (LMIC) atau berpenghasilan rendah dan menengah, di mana kesenjangan dalam akses layanan kesehatan masih tampak ada (Rifkin, 2014; Laverack, 2017).

India dan Indonesia adalah dua negara dengan populasi terbanyak dan keberagaman terbanyak di Asia yang menghadapi tantangan kesehatan masyarakat serupa. Termasuk tingginya angka kematian ibu dan anak, minimnya pengendalian penyakit menular, dan akses yang tidak merata terhadap layanan kesehatan antara penduduk perkotaan dan pedesaan (Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga, India, 2021; Kementerian Kesehatan, Indonesia, 2020). Akan tetapi, pendekatan kedua negara terhadap keterlibatan kesehatan masyarakat berbeda secara signifikan karena adanya variasi dalam struktur tata kelola, adopsi teknologi, dan pengaruh sosial budaya.

Sistem kesehatan publik India digerakkan secara terpusat oleh National Health Mission (NHM) atau Misi Kesehatan Nasional yang mengawasi program berskala besar seperti skema Accredited Social Health Activist (ASHA) atau Aktivis Kesehatan Sosial Terakreditasi (Bajpai & Dholakia, 2011; Srinivasan & Kuruvilla, 2018). Program ASHA yang mencakup lebih dari satu juta tenaga kesehatan perempuan, telah berperan penting dalam perawatan kesehatan ibu dan anak, imunisasi, dan kesadaran kesehatan preventif (Kumar & Singh, 2020). Selain itu, India telah berinvestasi besar dalam intervensi kesehatan digital, seperti *platform* mHealth dan Telemedicine berbasis AI, untuk meningkatkan akses perawatan kesehatan jarak dekat (Mehra et al., 2021; WHO, 2021).

Sebaliknya, Indonesia menggunakan model layanan kesehatan masyarakat yang terdesentralisasi, dengan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) dan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) sebagai tulang punggung pemberian layanan kesehatan masyarakat (Suharno et al., 2019; Prasetyo et al., 2020). Peran organisasi berbasis agama dan jaringan relawan juga sangat penting, karena berkontribusi pada program layanan kesehatan ibu, upaya imunisasi anak, dan kampanye kesadaran kesehatan masyarakat (Sari et al., 2019; Rokx et al., 2018). Namun, disparitas regional dalam pendanaan layanan kesehatan dan standarisasi layanan tetap menjadi tantangan yang terus ada (Thabrany, 2015).



Gambar 1. Perbandingan Model Kesehatan Masyarakat di India & Indonesia

Gambar ini membandingkan berbagai strategi keterlibatan masyarakat yang digunakan di India dan Indonesia. Keterlibatan masyarakat secara luas diakui sebagai strategi penting dalam kesehatan masyarakat yang berkontribusi pada peningkatan perilaku mencari layanan kesehatan, pencegahan penyakit yang lebih baik, dan hasil kesehatan yang lebih baik (WHO, 2022; Rifkin, 2014). Dengan melibatkan penduduk lokal dalam inisiatif layanan kesehatan, pendekatan berbasis masyarakat mendorong kepercayaan yang lebih besar, penerimaan budaya, dan keberlanjutan jangka panjang dalam intervensi kesehatan masyarakat (CDC, 2021; Laverack, 2017). Namun, efektivitas strategi keterlibatan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk dukungan kebijakan, infrastruktur layanan kesehatan, dinamika sosial budaya, dan integrasi digital (Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga, India, 2021; Kementerian Kesehatan, Indonesia, 2020).

India dan Indonesia menjadi studi kasus yang ideal untuk menganalisis beragam implementasi model keterlibatan kesehatan masyarakat. Sebagai negara berpendapatan menengah ke bawah (LMIC), kedua negara menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang signifikan, termasuk kematian ibu dan anak, penyakit menular, dan akses layanan kesehatan yang tidak merata antara penduduk perkotaan dan pedesaan (Bajpai & Dholakia, 2011; Suharno et al., 2019). Meskipun memiliki kesamaan terhadap hal ini, pendekatan kedua negara terhadap keterlibatan masyarakat sangat bervariasi.

Model koordinasi terpusat di India dipimpin oleh pemerintah dan terstruktur di sekitar program pekerja kesehatan masyarakat atau *Community Health Worker* (CHW) berskala besar, seperti skema ASHA yang mengintegrasikan inovasi kesehatan digital seperti *mHealth* dan *Telemedicine* untuk meningkatkan aksesibilitas (Kumar & Singh, 2020; Mehra et al., 2021). Sebaliknya, model layanan kesehatan terdesentralisasi di Indonesia lebih mengandalkan Puskesmas dan Posyandu, yang sering kali mengintegrasikan organisasi berbasis agama dan jaringan relawan dalam pemberian layanan kesehatan (Prasetyo et al., 2020; Sari et al., 2019). Perbedaan dalam tata kelola, struktur tenaga kerja, dan model keterlibatan masyarakat ini memberikan peluang untuk membandingkan dan mengidentifikasi praktik terbaik yang dapat diadaptasi untuk intervensi kesehatan masyarakat global.

Studi ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas program kesehatan terstruktur yang dipimpin pemerintah dibandingkan dengan model keterlibatan masyarakat yang terdesentralisasi dalam mendorong akses layanan kesehatan yang adil dan hasil kesehatan masyarakat yang lebih baik. Secara khusus, studi ini bertujuan untuk menilai peran teknologi kesehatan digital (misalnya, *mHealth*, *Telemedicine* berbasis AI) dalam meningkatkan jangkauan perawatan kesehatan masyarakat. Di samping itu, mengevaluasi dampak inisiatif yang digerakkan oleh sukarelawan dan akar rumput dalam pemberian layanan kesehatan masyarakat. Selain itu, membandingkan struktur tenaga kerja (misalnya, pekerja ASHA yang didukung pemerintah vs

relawan kesehatan berbasis agama) di India dan Indonesia. Penelitian ini juga bertujuan mengidentifikasi tantangan dan faktor keberlanjutan yang memengaruhi keberhasilan model kesehatan masyarakat di kedua negara. Lalu mengusulkan rekomendasi kebijakan untuk mengoptimalkan model hibrida yang mengintegrasikan kemajuan teknologi India dengan pendekatan partisipatif berbasis masyarakat Indonesia.

Analisis perbandingan ini akan berkontribusi pada wacana global tentang keterlibatan kesehatan masyarakat, menyediakan wawasan berbasis data bagi para pembuat kebijakan, peneliti, dan organisasi kesehatan internasional yang bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan pada negara LMIC.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain penelitian komparatif dengan metode campuran untuk mengevaluasi strategi keterlibatan masyarakat di India dan Indonesia. Dengan memadukan analisis bibliometrik kuantitatif dengan tinjauan kebijakan kualitatif dan evaluasi studi kasus, penelitian ini memberikan penilaian komprehensif tentang kekuatan dan tantangan berbagai model keterlibatan.

1. Analisis Bibliometrik

Tinjauan bibliometrik dilakukan dengan menggunakan literatur yang ditinjau dari basis data seperti Scopus, Web of Science, dan PubMed, yang mencakup penelitian dari tahun 2015 hingga 2025. Analisis difokuskan pada tren penelitian, jaringan kutipan, dan pola tematik yang berhubungan dengan keterlibatan kesehatan masyarakat, inovasi kesehatan digital, dan partisipasi tenaga kerja (Mehra et al., 2021; WHO, 2021).

2. Tinjauan Kebijakan

Penelitian ini meneliti dokumen kebijakan nasional dari kedua negara, termasuk National Health Mission (NHM) India dan kebijakan sistem kesehatan terdesentralisasi Indonesia. Tinjauan ini menilai mekanisme pendanaan, tantangan implementasi program, dan efektivitas kebijakan dalam mendorong partisipasi masyarakat.

3. Evaluasi Studi Kasus

Analisis komparatif terhadap lima inisiatif kesehatan berbasis masyarakat di setiap negara dilakukan untuk mengevaluasi implementasi di tingkat partisipasi masyarakat dan keberlanjutan program. Studi kasus meliputi:

- a. India: program ASHA, inisiatif kesehatan digital mSwasthya, skema asuransi berbasis komunitas, program penjangkauan vaksinasi, dan kampanye kesadaran kesehatan ibu (Kumar & Singh, 2020; Srinivasan & Kuruvilla, 2018).
- b. Indonesia: kegiatan kesehatan masyarakat yang dipimpin Puskesmas, program relawan Posyandu, program kesehatan ibu yang didukung LSM, intervensi perawatan kesehatan berbasis agama, dan upaya vaksinasi regional (Prasetyo et al., 2020; Sari et al., 2019).

4. Analisis Data

- a. Analisis tren kata kunci dilakukan untuk mengidentifikasi pergeseran fokus penelitian dari waktu ke waktu, khususnya dalam adopsi kesehatan digital, keterlibatan tenaga kerja komunitas, dan dampak kebijakan (Thabrany, 2015; Rokx et al., 2018).
- b. Penilaian dampak kebijakan dilakukan dengan memeriksa laporan pemerintah, alokasi pendanaan, dan tingkat partisipasi masyarakat dalam program perawatan kesehatan.
- c. Sintesis tematik dari temuan studi kasus membantu memperoleh perbandingan yang bermakna, faktor keberhasilan, dan kesenjangan dalam strategi keterlibatan perawatan kesehatan di kedua negara.

Pendekatan metodologis ini memungkinkan perbandingan holistik tentang bagaimana model kesehatan yang dipimpin pemerintah, terdesentralisasi dan digerakkan oleh sukarelawan

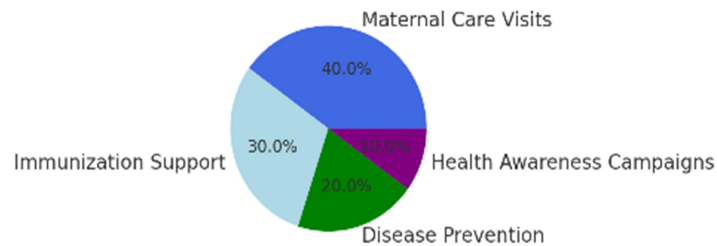
beroperasi di India dan Indonesia, memberikan wawasan yang dapat ditindaklanjuti untuk perbaikan kebijakan di masa mendatang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Keterlibatan masyarakat merupakan penentu utama keberhasilan kesehatan masyarakat dalam memastikan akses layanan kesehatan yang inklusif, menumbuhkan kepercayaan pada lembaga medis, dan mendorong keberlanjutan program kesehatan jangka panjang (WHO, 2022). Banyak penelitian telah menyoroti bahwa partisipasi aktif masyarakat dalam intervensi kesehatan menghasilkan perilaku pencarian layanan kesehatan yang lebih baik, peningkatan tingkat vaksinasi, perawatan ibu yang lebih baik, dan pengurangan beban penyakit (Rifkin, 2014; Laverack, 2017). Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC, 2021) juga menekankan bahwa model layanan kesehatan yang digerakkan oleh masyarakat mendorong kepemilikan lokal atas program kesehatan, yang meningkatkan kepatuhan dan efektivitas jangka panjang.

Secara global, keterlibatan kesehatan masyarakat bervariasi di berbagai wilayah berdasarkan struktur kebijakan, faktor ekonomi, dan pengaruh sosial-budaya. Penelitian ini mengungkap perbedaan signifikan dalam cara India dan Indonesia menerapkan strategi keterlibatan kesehatan masyarakat. Pendekatan keterlibatan digital India sangat terstruktur dan digerakkan oleh teknologi, menggabungkan *platform* mHealth, Telemedicine yang digerakkan oleh AI, dan aplikasi kesehatan seluler untuk menjembatani kesenjangan aksesibilitas. Namun, terlepas dari kemajuan ini, menurut Kumar & Singh (2020), India menghadapi tantangan penyampaian layanan jarak dekat, terutama di daerah pedesaan terpencil, karena kendala infrastruktur, hambatan literasi digital, dan penetrasi internet yang tidak merata.

Di India telah merangkul inovasi kesehatan digital untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan. Namun, tantangan tetap ada, termasuk kelelahan tenaga kerja, keterlambatan pembayaran, dan terbatasnya kemajuan karier bagi ASHA yang memerlukan dukungan finansial dan kelembagaan yang lebih kuat (Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga, India, 2021).



Gambar 2. Kontribusi Pekerja ASHA terhadap Kesehatan Ibu dan Anak di India

Diagram lingkaran ini menggambarkan distribusi kunjungan perawatan ibu, dukungan imunisasi, dan kegiatan pencegahan penyakit yang dilakukan oleh petugas ASHA. Program ASHA memainkan peran penting dalam meningkatkan indikator kesehatan ibu dan anak, dengan kunjungan kesehatan ibu dan upaya imunisasi yang menjadi komponen terbesar dari pemberian layanan mereka.

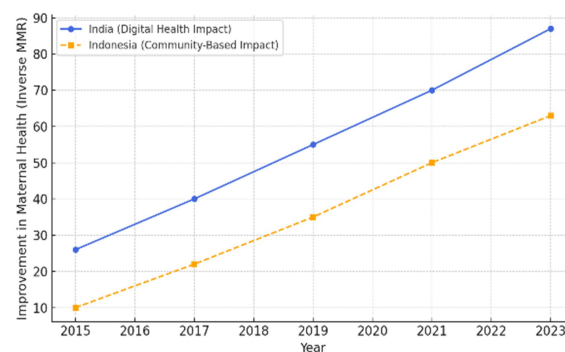
Indonesia menjalankan model layanan kesehatan yang terdesentralisasi, di mana tata kelola kesehatan masyarakat didelegasikan kepada pemerintah daerah. Puskesmas dan Posyandu merupakan tulang punggung layanan kesehatan masyarakat, yang mengintegrasikan layanan kesehatan dengan layanan sosial dan partisipasi masyarakat akar rumput (Suharno et al., 2019; Prasetyo et al., 2020).

Kerangka kerja Posyandu khususnya digerakkan oleh masyarakat, yang terdiri dari kader sukarelawan yang menyelenggarakan sesi pemantauan kesehatan bulanan yang berfokus pada kesehatan ibu dan anak, imunisasi, program gizi, dan keluarga berencana (Sari et al., 2019). Selain itu, organisasi berbasis agama dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) memberikan

kontribusi yang signifikan terhadap kampanye kesadaran kesehatan, program vaksinasi, dan dukungan perawatan kesehatan ibu (Rokx et al., 2018; Thabrany, 2015).

Bisa dikatakan strategi keterlibatan masyarakat Indonesia terdesentralisasi dan berbasis agama, sangat bergantung pada Puskesmas, Posyandu, dan lembaga keagamaan untuk memobilisasi layanan kesehatan (Sari et al., 2019; Suharno et al., 2019). Meskipun model ini mendorong partisipasi masyarakat yang kuat, model ini mengalami inkonsistensi regional dalam kualitas layanan dan disparitas pendanaan, sehingga penyediaan layanan kesehatan kurang merata di berbagai provinsi (Prasetyo et al., 2020; Rokx et al., 2018).

Penelitian menunjukkan bahwa pendekatan hibrida yang menggabungkan perangkat kesehatan digital dengan inisiatif penjangkauan berbasis komunitas adalah yang paling efektif dalam mencapai hasil kesehatan masyarakat yang berkelanjutan. Dengan memadukan kemajuan teknologi India dengan keterlibatan akar rumput yang terdesentralisasi di Indonesia, kedua negara dapat meningkatkan akses layanan kesehatan, memperkuat partisipasi publik, dan meningkatkan indikator kesehatan jangka panjang.



Gambar 3. Efektivitas Program Kesehatan Masyarakat di India & Indonesia

Grafik garis ini menggambarkan kemajuan dalam pengurangan angka kematian ibu dan cakupan vaksinasi anak di kedua negara dari waktu ke waktu. Data menunjukkan penurunan yang stabil dalam angka kematian ibu dan peningkatan yang signifikan dalam cakupan vaksinasi, yang menunjukkan efektivitas program keterlibatan kesehatan yang digerakkan oleh masyarakat dalam meningkatkan hasil kesehatan.

Model keterlibatan masyarakat India sebagian besar digerakkan oleh teknologi, dengan *platform* mHealth, solusi perawatan kesehatan bertenaga AI, dan jaringan luas tenaga kesehatan masyarakat (ASHA) yang didukung pemerintah memainkan peran penting dalam pemberian layanan kesehatan (Bajpai & Dholakia, 2011; Srinivasan & Kuruvilla, 2018). Pemerintah India menawarkan insentif finansial, pelatihan terstruktur, dan dukungan kebijakan kepada ASHA, yang memastikan pendekatan yang terstandarisasi dan terukur terhadap akses perawatan kesehatan (Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga, India, 2021).

Sebaliknya, pendekatan Indonesia terdesentralisasi dan berbasis agama, dengan kader Posyandu dan inisiatif kesehatan yang digerakkan oleh LSM menjadi tulang punggung keterlibatan kesehatan masyarakat (Suharno et al., 2019; Sari et al., 2019). Model ini memungkinkan fleksibilitas dalam implementasi dan menumbuhkan kepercayaan sosial yang lebih kuat, khususnya di masyarakat pedesaan yang beragam budaya (Prasetyo et al., 2020). Namun, kurangnya pelatihan standar, pengawasan pemerintah yang tidak konsisten, dan variasi pendanaan menimbulkan tantangan dalam mencapai pemberian layanan kesehatan yang seragam di semua wilayah (Thabrany, 2015; Rokx et al., 2018).

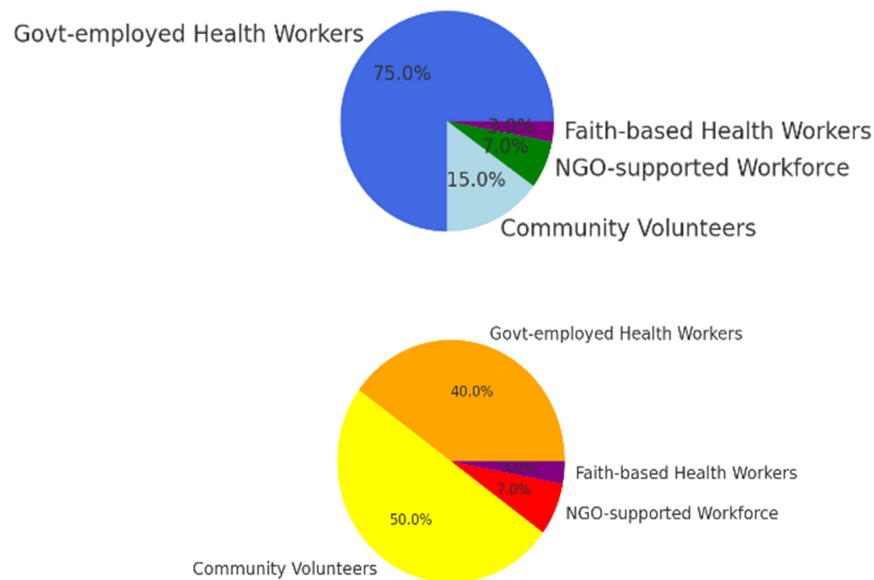
Meskipun berhasil mendorong partisipasi masyarakat yang kuat, sistem desentralisasi Indonesia menghadapi tantangan seperti kesenjangan pendanaan regional, inkonsistensi layanan, dan pengawasan pemerintah yang terbatas di beberapa area (Kementerian Kesehatan, Indonesia, 2020). Standardisasi yang lebih baik, mekanisme pendanaan yang lebih baik, dan koordinasi

kebijakan yang lebih kuat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan model ini.



Gambar 4. Peran Puskesmas dan Posyandu dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Gambar ini menunjukkan bagaimana Puskesmas dan Posyandu berkolaborasi dengan organisasi berbasis agama dan LSM untuk memperkuat pemberian layanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas berfungsi sebagai pusat layanan kesehatan yang berfokus pada layanan kesehatan ibu dan anak, pengendalian penyakit menular, dan program gizi, sementara Posyandu memainkan peran penting dalam peningkatan kesadaran kesehatan masyarakat dan layanan pencegahan. LSM dan lembaga keagamaan juga mendukung program imunisasi, kesehatan ibu, dan upaya penjangkauan.



Gambar 5. Distribusi Tenaga Kesehatan di India dan Indonesia

Gambar lingkaran ini menyoroti perbedaan struktural dalam distribusi tenaga kerja perawatan kesehatan antara kedua negara. Tenaga kerja perawatan kesehatan India didominasi oleh tenaga kesehatan yang dipekerjakan pemerintah, sedangkan di Indonesia lebih bergantung pada relawan masyarakat, inisiatif yang didukung LSM, dan tenaga kesehatan berbasis agama.

Kontras dalam struktur tenaga kerja mencerminkan perbedaan yang lebih luas dalam tata kelola, model pendanaan, dan strategi implementasi perawatan kesehatan antara kedua negara.

Temuan penelitian ini menyoroti kekuatan dan tantangan model keterlibatan masyarakat di India dan Indonesia. Sementara pendekatan India digerakkan oleh teknologi dan dipimpin pemerintah, model Indonesia terdesentralisasi dan berbasis masyarakat. Kedua negara telah menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan hasil kesehatan masyarakat, tetapi masing-masing menghadapi tantangan unik yang memerlukan intervensi kebijakan strategis.

Tabel 1. Rekomendasi Kebijakan untuk Memperkuat Keterlibatan Masyarakat dalam Kesehatan Masyarakat

Rekomendasi	India	Indonesia
Memperkuat alat-alat digital	✓	✓
Insentif keuangan untuk petugas kesehatan	✓	X
Pelatihan sukarelawan terstandarisasi	X	✓
Peningkatan kemitraan publik-swasta	✓	✓

Kerangka kerja kolaborasi lintas negara dapat menggabungkan kemajuan teknologi India dengan keterlibatan akar rumput partisipatif Indonesia untuk menciptakan model hibrida yang menyeimbangkan inovasi digital dengan intervensi kesehatan lokal. Membangun *platform* berbagi pengetahuan, inisiatif penelitian bilateral, dan program pengembangan kebijakan bersama dapat lebih meningkatkan aksesibilitas dan keberlanjutan layanan kesehatan di kedua negara.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan penulis, penting untuk memperkuat tenaga kesehatan masyarakat India, insentif keuangan, dan meningkatkan program pelatihan untuk ASHA. Meskipun peran ASHA penting dalam pemberian layanan kesehatan jarak dekat, ASHA sering kali mengalami kelelahan tenaga kerja, pembayaran tertunda, dan peluang pertumbuhan karier yang tidak memadai. Memberikan remunerasi yang kompetitif, program pengembangan kapasitas, dan pelatihan kesehatan digital dapat meningkatkan kualitas layanan dan retensi tenaga kerja.

Di sisi lain, Indonesia harus menerapkan pedoman nasional yang terstandarisasi untuk memastikan konsistensi di seluruh inisiatif layanan kesehatan yang terdesentralisasi. Meskipun model Posyandu mendorong keterlibatan akar rumput yang kuat, kesenjangan dalam pendanaan layanan kesehatan regional, pelatihan relawan, dan kualitas layanan masih ada. Menetapkan kerangka kerja terpadu untuk pelatihan relawan, meningkatkan dukungan finansial untuk inisiatif kesehatan masyarakat, dan memperluas pengawasan pemerintah dapat meningkatkan sistem pemberian layanan kesehatan Indonesia.

Dengan demikian, di masa mendatang bisa dilakukan evaluasi program percontohan yang memadukan keahlian kesehatan digital India dengan model keterlibatan masyarakat terdesentralisasi Indonesia. Pendekatan semacam itu akan memberikan wawasan berbasis bukti tentang skalabilitas, dampak, dan kelangsungan jangka panjang dari penggabungan intervensi teknologi *top-down* dengan model perawatan kesehatan partisipatif *bottom-up*.

DAFTAR PUSTAKA

- Bajpai, N., & Dholakia, R.H. (2011). *Meningkatkan Kinerja Aktivis Kesehatan Sosial Terakreditasi Ddi India*. Universitas Columbia.
- CDC.gov. (2021). *Prinsip Keterlibatan Komunitas*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.cdc.gov/healthcommunication/communityengagement.html>
- Kemenkes.go.id. (2020). *Sistem kesehatan terdesentralisasi di Indonesia*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.kemkes.go.id/health-decentralization.pdf>
- Kruk, M.E., et al. (2018). Sistem Kesehatan Berkualitas Tinggi di Era Tujuan Pembangunan Berkelanjutan: Saatnya untuk Sebuah Revolusi. *The Lancet Global Health*, 6(11), 1196–1252.
- Kumar, A., et al. (2020). Intervensi Mhealth Untuk Kesehatan Ibu dan Anak di Negara-Negara Berpendapatan Rendah dan Menengah: Tinjauan Sistematis. *Penelitian Layanan Kesehatan BMC*, 20 (1),1–12.
- Kumar, R., & Singh, M. (2020). Keterlibatan Masyarakat dalam Sistem Layanan Kesehatan: Pelajaran Dari India. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 42(3), 123–130.
- Laverack, G. (2017). *Praktik Promosi Kesehatan: Membangun Komunitas yang Berdaya*. McGraw-Hill Education.
- Mehra, S., et al. (2021). Intervensi Kesehatan Digital untuk Petugas Kesehatan Masyarakat di India: Tinjauan Sistematis. *Jurnal Penelitian Internet Medis*, 23(5).
- Nhm.gov.in. (2021). *Pedoman Misi Kesehatan Nasional*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=968>
- Olivier, J., & Wodon, Q. (2012). *Layanan Kesehatan Berbasis Agama di Afrika: Kasus Indonesia*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12062>
- Prasetyo, et al. (2020). Peran Posyandu dalam Meningkatkan Hasil Kesehatan Ibu dan Anak di Pedesaan Indonesia. *BMC Public Health*, 20(1), 1–10.
- Prinja, S., et al. (2017). Dampak Asuransi Kesehatan Berbasis Komunitas terhadap Pemanfaatan Layanan Kesehatan dan Perlindungan Risiko Finansial di India. *Health Affairs*, 36(12), 2132–2140.
- Rifkin, SB (2014). Meneliti hubungan antara partisipasi masyarakat dan hasil kesehatan: Tinjauan pustaka. *Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan*, 29(2), 98–106.
- Rokx, C., et al. (2018). *Sistem kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Perbaikan*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30336>
- Sari, NP, et al. (2019). Peran Organisasi Berbasis Agama dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu di Indonesia. *Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan*, 34(7), 543–552.
- Srinivasan, K., & Kuruvilla, S. (2018). Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan: Studi Kasus Pekerja ASHA di Pedesaan India. *Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan*, 33(5), 611–620.
- Suharno, R., et al. (2019). Peran Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Indonesia. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 21(2), 45–58.
- Thabrany, H. (2015). Asuransi Kesehatan Berbasis Komunitas di Indonesia: Tinjauan Implementasi dan Tantangannya. *Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan*, 30(6), 715–725.
- Undp.org. (2020). *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan: Kesehatan dan Kesejahteraan*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>.
- WHO.int (2021). *Kesehatan Digital untuk Tenaga Kesehatan Masyarakat: Perangkat untuk Implementasi*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.who.int/publications-detail/digital-health-for-community-health-workers>
- WHO.int (2022). *Keterlibatan Komunitas: Panduan Aksi Promosi Kesehatan*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.who.int/publications-detail/community-engagement>
- Worldbank.org. (2021). *Memperkuat Sistem Kesehatan Masyarakat untuk Pembangunan Berkelanjutan*. Diakses pada 02 Mei 2025, dari <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/strengthening-community-health-systems>