

Ekosistem Kewirausahaan Kesehatan Berbasis Komunitas: Kajian Sosiologis tentang Partisipasi dan Modal Sosial di Kabupaten Sinjai

Muhammad Ilyas¹, Muhammad Syukur²

Stikes Amanah Makassar, Indonesia¹

Universitas Negeri Makassar, Indonesia²

Email Korespondensi Author: ilyasanjar94@gmail.com

This is an open access article under the [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) license.



Kata kunci:

Ekosistem Kewirausahaan Kesehatan; Partisipasi Masyarakat; Modal Sosial; Sosiologi Kesehatan.

Abstrak

Penelitian ini bertujuan menganalisis dinamika ekosistem kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas di Kabupaten Sinjai dengan meninjau peran partisipasi masyarakat dan modal sosial dalam pengembangannya. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan paradigma sosiologis interpretatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan studi dokumentasi terhadap informan yang terdiri atas tenaga kesehatan komunitas, kader kesehatan, aparat desa, serta pelaku usaha kesehatan lokal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ekosistem kewirausahaan kesehatan di Kabupaten Sinjai tumbuh dari inisiatif masyarakat yang berorientasi pada peningkatan kesejahteraan dan kemandirian di bidang kesehatan. Partisipasi masyarakat terwujud dalam berbagai bentuk, mulai dari ide, tenaga, hingga partisipasi sosial yang didasari oleh nilai gotong royong dan solidaritas. Modal sosial — yang mencakup kepercayaan, jaringan sosial, dan norma lokal — berperan penting dalam memperkuat hubungan antaraktor dan menjaga keberlanjutan program. Terdapat hubungan timbal balik antara partisipasi dan modal sosial: partisipasi memperkuat jaringan kepercayaan, sementara modal sosial memotivasi keterlibatan masyarakat secara sukarela. Temuan ini menunjukkan bahwa pembangunan ekosistem kewirausahaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial-budaya masyarakat. Implikasi dari penelitian ini menegaskan pentingnya strategi pembangunan kesehatan berbasis komunitas yang memadukan pendekatan sosial, ekonomi, dan budaya lokal sebagai dasar penguatan ekosistem kewirausahaan kesehatan yang berkelanjutan.

Keywords:

Health Entrepreneurship Ecosystem; Community Participation; Social Capital; Sociology of Health.

Abstrack

This study aims to analyze the dynamics of the community-based health entrepreneurship ecosystem in Sinjai Regency by examining the role of community participation and social capital in its development. The research approach used was qualitative with an interpretive sociological paradigm. Data were collected through in-depth interviews, participant observation, and documentation studies with informants consisting of community health workers, health cadres, village officials, and local health business actors. The results show that the health entrepreneurship ecosystem in Sinjai Regency grew from community initiatives oriented towards improving welfare and independence in the health sector. Community participation is manifested in various forms, ranging from ideas, labor, to social participation based on the values of mutual cooperation and solidarity. Social capital—which includes trust, social networks, and local norms—plays a crucial role in strengthening relationships between actors and maintaining program sustainability. There is a reciprocal relationship between participation and social capital: participation strengthens trust networks, while social capital motivates voluntary community involvement. These findings indicate that the development of a health entrepreneurship ecosystem cannot be separated from the socio-cultural context of the community. The implications of this study emphasize the importance of a community-based health development strategy that integrates local social, economic, and cultural approaches as a basis for strengthening a sustainable health entrepreneurship ecosystem.

Pendahuluan

Kewirausahaan kesehatan—yakni pengembangan produk, jasa, dan model layanan yang memecahkan masalah kesehatan dengan pendekatan nilai (*value-driven*) dan keberlanjutan—kian dipandang strategis untuk meningkatkan akses, mutu, dan kemandirian layanan di tingkat lokal. Dalam konteks Indonesia pasca-desentralisasi, pemerintah daerah memegang peran kunci mengelola urusan kesehatan dasar, perizinan, serta kolaborasi lintas-aktor.

Kerangka hukum UU No. 23 Tahun 2014 memberi otonomi luas bagi daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan, termasuk kesehatan, sekaligus membuka ruang inovasi kemitraan komunitas–pemerintah–swasta. Sejalan dengan itu, agenda Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan menekankan penguatan layanan primer, sistem ketahanan kesehatan, dan tata kelola berbasis data melalui enam pilar—mendorong intervensi promotif-preventif, perluasan skrining, serta penguatan jejaring layanan di dekat warga. Orientasi ini relevan dengan kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas yang khas akar rumput (*community-led*), karena mempertautkan inovasi bisnis sosial dengan target kesehatan publik prioritas.

Kabupaten Sinjai—dengan karakter sosial agraris dan partisipasi komunitas yang relatif tinggi—menyimpan peluang untuk menumbuhkan ekosistem kewirausahaan kesehatan yang berkelanjutan. Indikasi demografis mutakhir menunjukkan skala kabupaten yang “menengah” (sekitar 274 ribu jiwa pada 2024) sehingga memungkinkan orkestrasi jejaring lokal yang rapat, namun tetap cukup besar untuk pembelajaran lintas-kecamatan dan ekonomi skala. Potret sosial-ekonomi Sinjai juga menuntut inovasi model pembiayaan mikro, penguatan kapasitas UMKM kesehatan, dan penghubung (*broker*) jejaring antar-aktor agar manfaat kesehatan dan ekonomi terdistribusi lebih merata.

Dalam perspektif sosiologi, ekosistem kewirausahaan bukan sekadar kumpulan pelaku ekonomi, tetapi jejaring sosial yang dipintal oleh nilai, norma, dan relasi kekuasaan. Literatur ekosistem menekankan domain kebijakan, pembiayaan, pasar, talenta, infrastruktur, dan budaya kewirausahaan yang saling terkait; ketika diterjemahkan ke sektor kesehatan, domain-domain itu harus selaras dengan tata kelola layanan primer, keselamatan pasien, dan perlindungan konsumen. Model Isenberg serta sintesis mutakhir Malecki membantu memetakan “komponen keras” (regulasi, infrastruktur) dan “komponen lunak” (budaya kolaborasi, pengetahuan) yang memengaruhi kelahiran dan keberlanjutan usaha. Kekuatan pendorong utama ekosistem tersebut adalah modal sosial—kepercayaan, jaringan, dan norma timbal balik—yang menurunkan biaya koordinasi dan mempercepat difusi inovasi.

Dalam tata kelola kesehatan primer Indonesia, Posyandu dan kader telah lama menjadi tulang punggung partisipasi warga: mereka menghubungkan rumah tangga dengan Puskesmas, menjalankan kegiatan bulanan ibu-anak, dan menjadi kanal edukasi gizi-imunisasi. Jejaring kader inilah yang, bila diposisikan sebagai “jembatan” (*bridging*) dan “tangga” (*linking*) ke institusi, bisa mempercepat lahirnya inisiatif kewirausahaan kesehatan yang legitimate secara klinis dan adaptif secara budaya. Namun, kesenjangan pengetahuan masih nyata.

Banyak studi di Indonesia menyoroti dimensi ekonomi dan manajerial kewirausahaan kesehatan, sementara dimensi sosial—kedalaman partisipasi bermakna (*meaningful participation*) serta kualitas modal sosial (*bonding-bridging-linking*)—sering belum dibedah sebagai penentu desain dan kinerja ekosistem. Akibatnya, intervensi kerap berhenti pada pelatihan wirausaha dan akses modal, tanpa mekanisme tata kelola kolaboratif yang menautkan warga, kader, Puskesmas, pemerintah desa, perguruan tinggi, dan lembaga keuangan mikro ke dalam kontrak sosial lokal yang jelas.

Kajian ini dirancang untuk mengisi celah tersebut dengan mengajukan analisis sosiologis tentang bagaimana partisipasi masyarakat dan modal sosial berkontribusi pada pembentukan dan keberlanjutan ekosistem kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas di Kabupaten Sinjai. Fokusnya adalah memetakan relasi antar-aktor, struktur sosial yang menopang kolaborasi, serta mekanisme yang memperkuat ko-produksi layanan/produk kesehatan di tingkat lokal—mulai dari desain bersama (*co-design*), standardisasi mutu yang proporsional, hingga skema pembiayaan komunitas yang beretika.

Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk, 1) mengidentifikasi pola partisipasi warga dalam kegiatan kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas (dari informasi hingga kendali warga), 2) memetakan bentuk dan peran modal sosial (*bonding, bridging, linking*) sebagai pengungkit koordinasi dan legitimasi, serta 3) merumuskan implikasi sosiologis bagi model pemberdayaan masyarakat dan kebijakan daerah yang selaras dengan pilar transformasi layanan primer.

Kontribusi yang diharapkan bersifat ganda. Secara akademik, artikel memperkaya teori ekosistem kewirausahaan sosial dengan memasukkan parameter partisipasi bermakna dan arsitektur modal sosial sebagai variabel inti dalam sektor kesehatan. Secara praktis, temuan menyediakan peta jalan bagi pemerintah daerah, Puskesmas, dan mitra komunitas di Sinjai untuk mendesain kebijakan dan program pemberdayaan yang lebih kontekstual—mengunci keselamatan pasien dan perlindungan konsumen, namun tetap memberi ruang eksperimentasi wirausaha yang bertanggung jawab.

Terakhir, posisi Sinjai—dengan skala demografis yang manageable, jejaring kader aktif, serta mandat desentralisasi—menjadikannya laboratorium alami untuk menguji model ekosistem kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas: apakah peningkatan tingkat partisipasi (kemitraan/kendali warga) dan penguatan modal sosial bridging–linking benar-benar menurunkan hambatan koordinasi, memperbaiki kinerja usaha kesehatan, dan meningkatkan indikator kesehatan prioritas. Jawaban empiris atas pertanyaan ini akan menambah bukti bagi implementasi kebijakan berbasis komunitas di daerah-daerah serupa.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan paradigma sosiologis-interpretatif, karena fokus analisis terletak pada penafsiran makna sosial, bentuk partisipasi warga, dan peran modal sosial dalam pengembangan ekosistem kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas di Kabupaten Sinjai. Pendekatan ini memungkinkan peneliti menelusuri dinamika relasi antaraktor—warga, kader dan tenaga kesehatan primer, pemerintah desa, serta pelaku usaha lokal—serta menilai bagaimana nilai, norma, dan jejaring kepercayaan memengaruhi ko-produksi inovasi di tingkat lokal. Lokasi penelitian dipilih secara purposif pada kecamatan dengan karakter agraris dan tingkat partisipasi sosial yang menonjol, sementara pemilihan informan dilakukan secara purposive dan snowball untuk memperoleh keragaman perspektif strategis (kader aktif, pengelola program puskesmas, kepala desa/kelurahan, pengurus BUMDes/koperasi, dan pelaku UMKM kesehatan).

Pengumpulan data dilaksanakan melalui wawancara mendalam terhadap informan kunci guna menggali pengalaman, rasionalitas tindakan, dan makna yang dilekatkan pada praktik kewirausahaan kesehatan; observasi partisipatif pada kegiatan komunitas dan layanan primer untuk menangkap interaksi nyata, pola koordinasi, dan praktik kolaboratif di lapangan; serta studi dokumentasi terhadap dokumen program kesehatan, data desa, laporan kegiatan, dan regulasi daerah terkait kewirausahaan dan kesehatan masyarakat. Seluruh data diorganisasi menggunakan catatan lapangan dan transkrip verbatim, kemudian dianalisis secara induktif-tematik melalui serangkaian langkah yang berlangsung sirkular: peneliti terlebih dahulu melakukan reduksi data untuk menyeleksi informasi yang relevan dengan fokus partisipasi dan modal sosial; selanjutnya menyusun kategorisasi tema yang mengemuka—antara lain bentuk dan kedalaman partisipasi, struktur dan kualitas jaringan sosial, derajat kepercayaan dan norma timbal balik, serta dukungan kelembagaan—lalu menelaah hubungan antartema tersebut untuk memetakan bagaimana dinamika sosial berkontribusi pada penguatan atau pelemahan ekosistem kewirausahaan kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan secara bertahap dan terus-menerus disertai verifikasi melalui triangulasi sumber (warga, tenaga kesehatan, pemerintah desa, pelaku usaha) dan triangulasi teknik (wawancara, observasi, dokumentasi), member checking pada informan kunci untuk memvalidasi interpretasi, serta audit trail berupa jejak keputusan analitis guna menjamin keterpercayaan temuan.

Pertimbangan etik dijaga dengan memperoleh persetujuan partisipan yang diinformasikan, menjaga kerahasiaan identitas, dan membatasi penggambaran praktik usaha atau layanan hanya pada ranah kewenangan komunitas sesuai regulasi kesehatan; penelitian ini juga diajukan untuk mendapatkan persetujuan komite etik setempat sebelum pengumpulan data. Keabsahan temuan ditopang oleh saturasi informasi sebagai penanda kecukupan data, reflektivitas peneliti untuk meminimalkan bias interpretatif, dan kontekstualisasi temuan pada karakter sosial Sinjai sehingga hasil analisis dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah serta relevan bagi perumusan model pemberdayaan yang operasional.

Hasil dan Diskusi

Gambaran Umum Ekosistem Kewirausahaan Kesehatan di Kabupaten Sinjai

Ekosistem kewirausahaan kesehatan di Kabupaten Sinjai terbentuk secara evolutif, melalui interaksi antara masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemerintah desa yang sama-sama terdorong oleh kebutuhan akan kemandirian layanan kesehatan. Fenomena ini menunjukkan pergeseran orientasi pembangunan kesehatan di tingkat desa dari model birokratik menuju model kolaboratif berbasis komunitas. Kegiatan ekonomi yang muncul—seperti produksi olahan herbal, layanan home care sederhana, pembinaan posyandu mandiri, serta usaha kesehatan kader—menunjukkan integrasi antara tujuan ekonomi dan sosial. Artinya, tujuan utama bukan sekadar peningkatan pendapatan, tetapi peningkatan kesejahteraan dan ketahanan kesehatan masyarakat.

Dalam kerangka teori ekosistem kewirausahaan (Isenberg, 2011; Stam, 2015), pembentukan ekosistem di Sinjai mencerminkan keterpaduan beberapa domain penting: kebijakan lokal yang mendukung, sumber daya manusia yang berkompeten, jejaring sosial yang kuat, dan budaya kewirausahaan yang berbasis gotong royong. Kolaborasi lintas-aktor yang muncul di Sinjai memperlihatkan karakteristik ekosistem yang “organik”, di mana inovasi tumbuh dari bawah (*bottom-up innovation*). Fenomena ini juga selaras dengan pandangan Granovetter (1985) tentang *embeddedness*, yaitu bahwa tindakan ekonomi tertanam dalam relasi sosial. Dalam konteks Sinjai, setiap aktivitas usaha kesehatan selalu terikat pada norma lokal, nilai keagamaan, dan solidaritas sosial, menjadikannya bentuk kewirausahaan sosial yang khas lokal.

1. Bentuk Partisipasi Masyarakat dalam Ekosistem Kewirausahaan Kesehatan

Partisipasi masyarakat di Kabupaten Sinjai mencakup dimensi ide, tenaga, finansial, dan moral. Pada tataran ide, warga terlibat aktif mengusulkan jenis usaha yang sesuai potensi lokal seperti pengolahan bahan herbal atau produksi minuman kesehatan. Proses musyawarah desa menjadi arena artikulasi ide kolektif, yang kemudian diseleksi berdasarkan kesesuaian dengan kebutuhan kesehatan masyarakat. Bentuk ini sejalan dengan konsep partisipasi interaktif dalam tipologi Pretty (1995), di mana masyarakat terlibat dalam perencanaan dan pengambilan keputusan secara aktif. Partisipasi tenaga dan waktu muncul dalam kegiatan gotong royong yang memperlihatkan tradisi sosial khas Sinjai. Warga dan kader bekerja bersama dalam tahap produksi, promosi, dan distribusi produk kesehatan komunitas.

Pada tataran finansial, keterbatasan akses modal diimbangi dengan kontribusi material berupa pemanfaatan pekarangan, peralatan tradisional, dan bahan lokal, mencerminkan prinsip efisiensi sosial yang diuraikan oleh Coleman (1988)—bahwa norma dan solidaritas dapat mengurangi biaya transaksi ekonomi. Selain itu, dimensi sosial dan moral menjadi kekuatan laten yang menopang seluruh sistem. Dukungan moral antaranggota, kesediaan berbagi risiko, dan tanggung jawab sosial menjadi bentuk partisipasi emosional dan normatif, sebagaimana dijelaskan oleh Arnstein (1969) pada tangga partisipasi tingkat kemitraan (*partnership*) dan kendali warga (*citizen control*). Dengan demikian, partisipasi masyarakat Sinjai tidak bersifat tokenistik atau simbolik, melainkan bermakna secara substantif karena mengandung unsur pengambilan keputusan, kepemilikan, dan tanggung jawab bersama.

2. Peran Modal Sosial dalam Penguatan Ekosistem

Modal sosial terbukti menjadi fondasi utama keberlanjutan ekosistem kewirausahaan kesehatan di Sinjai. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat tiga dimensi modal sosial yang dominan: kepercayaan (*trust*), jaringan sosial (*social network*), dan norma sosial (*social norms*). Ketiga dimensi ini saling menopang dan menghasilkan efek ganda terhadap partisipasi serta inovasi sosial.

Pertama, kepercayaan antaraktor menjadi elemen paling krusial. Kepercayaan antara masyarakat dengan tenaga kesehatan dan pemerintah desa memungkinkan terciptanya komunikasi dua arah yang efektif dan terbuka. Kepercayaan tersebut meminimalkan resistensi sosial terhadap inovasi baru, mempercepat penyebaran informasi, dan meningkatkan rasa aman dalam berbagi sumber daya. Hal ini menguatkan pandangan Putnam (1993) bahwa kepercayaan sosial meningkatkan efisiensi organisasi masyarakat melalui pengurangan biaya koordinasi dan peningkatan kerja sama.

Kedua, jaringan sosial kader, kelompok PKK, karang taruna, dan komunitas tani berfungsi sebagai infrastruktur sosial yang menghubungkan pelaku lokal dengan sumber daya eksternal. Melalui jaringan

ini, ide-ide kewirausahaan menyebar antarwilayah, memunculkan *spill-over effect* sosial. Fenomena ini mengonfirmasi konsep bridging social capital (Putnam, 2000), yaitu jejaring yang memperluas jangkauan kolaborasi lintas kelompok.

Ketiga, norma sosial seperti gotong royong, kejujuran, dan tanggung jawab kolektif berfungsi sebagai mekanisme kontrol sosial yang mencegah konflik dan menjaga keberlanjutan. Norma ini mencerminkan bentuk bonding social capital, yang memperkuat kohesi internal dan rasa memiliki bersama. Secara teoretis, kondisi ini menunjukkan adanya keseimbangan antara bonding dan bridging social capital—dua elemen yang menurut Woolcock (1998) perlu berinteraksi agar inovasi sosial dapat bertahan dan berkembang secara berkelanjutan.

3. Interaksi antara Partisipasi dan Modal Sosial dalam Ekosistem

Analisis menunjukkan bahwa partisipasi dan modal sosial di Sinjai saling memperkuat dalam hubungan yang bersifat sirkular. Partisipasi aktif masyarakat memperluas jaringan sosial, memperdalam kepercayaan, dan memperkuat norma kolaboratif. Sebaliknya, keberadaan modal sosial yang tinggi menumbuhkan partisipasi baru karena masyarakat merasa aman, dihargai, dan percaya bahwa keterlibatan mereka akan menghasilkan manfaat kolektif. Hubungan timbal balik ini menciptakan siklus sosial produktif yang meningkatkan kapasitas komunitas untuk beradaptasi terhadap perubahan eksternal. Fenomena ini dapat dijelaskan melalui teori tindakan sosial dari Bourdieu (1986), yang memandang modal sosial sebagai sumber daya yang memungkinkan individu bertindak dalam struktur sosial yang penuh pertukaran simbolik.

Dalam konteks Sinjai, partisipasi masyarakat dalam kewirausahaan kesehatan bukan semata tindakan ekonomi, tetapi juga bentuk investasi sosial yang memperkuat posisi simbolik individu dalam komunitas. Semakin aktif seseorang berpartisipasi, semakin besar pula pengakuan sosial yang diterimanya, yang pada gilirannya menumbuhkan motivasi partisipasi lanjutan. Pola ini menunjukkan bagaimana tindakan sosial (*agency*) dan struktur sosial (*social field*) berinteraksi secara dinamis dalam membangun ekosistem kewirausahaan kesehatan.

4. Implikasi Sosiologis terhadap Penguatan Ekosistem

Dari perspektif sosiologis, ekosistem kewirausahaan kesehatan di Kabupaten Sinjai menegaskan bahwa pembangunan kesehatan tidak dapat dipahami hanya dalam kerangka teknokratik, tetapi juga sebagai proses sosial yang bergantung pada kepercayaan, norma, dan jaringan sosial. Modal sosial dan partisipasi masyarakat berfungsi sebagai kapital kolektif yang meningkatkan daya adaptif komunitas, sehingga masyarakat mampu mengembangkan solusi lokal terhadap keterbatasan sumber daya kesehatan. Dalam pandangan Ostrom (1990), keberhasilan pengelolaan sumber daya bersama (*common pool resources*) sangat bergantung pada kemampuan komunitas membangun aturan, sanksi, dan norma yang disepakati secara kolektif.

Pola ini tercermin jelas pada praktik Sinjai, di mana masyarakat menciptakan tata kelola kolaboratif untuk menjaga keberlanjutan usaha kesehatan. Implikasi praktisnya adalah perlunya kebijakan daerah yang memperlakukan komunitas bukan sebagai penerima manfaat, tetapi sebagai mitra pembangunan. Pemerintah daerah dapat berperan sebagai enabler yang memperkuat jaringan bridging dan linking, misalnya melalui pendampingan kewirausahaan, akses pembiayaan mikro, dan regulasi ramah komunitas. Dengan demikian, pembangunan kesehatan dapat bergerak menuju model *co-production*, di mana tanggung jawab dan manfaat dibagi secara setara antara negara dan masyarakat.

5. Diskusi dan Perbandingan dengan Studi Sebelumnya

Hasil penelitian ini mendukung temuan Prasetyono (2020) bahwa keberhasilan program kesehatan berbasis komunitas sangat bergantung pada tingkat kepercayaan sosial dan partisipasi aktif warga. Namun, penelitian ini memperluas perspektif tersebut dengan menambahkan dimensi kewirausahaan sosial sebagai wahana inovasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam konteks teori ekosistem kewirausahaan (Isenberg, 2011), Sinjai memperlihatkan contoh konkret bagaimana nilai budaya lokal seperti gotong royong dapat menjadi cultural capital yang memperkuat domain sosial ekosistem.

Studi ini juga memperkaya literatur kewirausahaan sosial di bidang kesehatan yang sebelumnya banyak difokuskan pada aspek ekonomi (Mair & Marti, 2006). Dalam kasus Sinjai, kewirausahaan sosial

justru berfungsi sebagai instrumen pemberdayaan sosial dan sarana redistribusi modal sosial. Secara teoretis, hal ini mengonfirmasi pandangan Granovetter (1973) tentang pentingnya *weak ties* dalam inovasi sosial—karena jejaring lintas kelompok (*bridging*) memungkinkan transfer ide baru dan sumber daya yang tidak tersedia dalam kelompok homogen. Dengan demikian, keberhasilan Sinjai bukan hanya hasil dari kekuatan internal (*bonding*), tetapi juga kemampuan menjalin relasi eksternal (*bridging dan linking*) yang memperluas ruang kolaborasi.

Kesimpulan

Penelitian ini menegaskan bahwa ekosistem kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas di Kabupaten Sinjai terbentuk dan bertahan melalui proses sosial yang kuat: partisipasi masyarakat bertindak sebagai penggerak utama, sementara modal sosial (kepercayaan, jaringan, norma gotong royong) menjadi penguat keberlanjutan. Terdapat relasi timbal balik—partisipasi memperkuat modal sosial, dan modal sosial menstimulasi partisipasi—yang bersama-sama membentuk siklus sosial produktif bagi inovasi dan ketahanan ekosistem. Secara sosiologis, pembangunan kesehatan tidak bisa dipisahkan dari konteks nilai dan struktur sosial lokal; pendekatan teknis-ekonomi harus dipadukan dengan pendekatan sosial yang menempatkan komunitas sebagai subjek.

Berdasarkan temuan penelitian, maka direkomendasikan bagi: 1) Pemerintah Daerah: (a) Perkuat kebijakan dan pendanaan untuk kewirausahaan kesehatan komunitas; (b) Integrasikan inovasi lokal (produk herbal, layanan komunitas) ke program kesehatan dan ekonomi kreatif daerah. 2) Bagi Tenaga Kesehatan & Kader: (a) Tingkatkan kapasitas kewirausahaan, komunikasi sosial, dan kolaborasi lintas sektor; (b) Perkuat kemitraan dengan tokoh/organisasi masyarakat guna memperluas jaringan dan kepercayaan. 3) Bagi Masyarakat & Komunitas Lokal: (a) Dorong tata kelola partisipatif dari perencanaan hingga evaluasi; (b) Optimalkan gotong royong dan solidaritas sebagai “modal kolektif” menjaga keberlanjutan. 4) Bagi Peneliti & Akademisi: (a) Lanjutkan studi kuantitatif atau *mixed methods* untuk menguji pengaruh modal sosial terhadap kinerja usaha dan indikator kesehatan; (b) Lakukan studi perbandingan antarwilayah untuk menangkap variasi budaya dan struktur sosial.

Temuan penelitian berimplikasi secara teoritis, bahwa ekosistem kewirausahaan kesehatan adalah konstruksi sosial yang dibentuk interaksi nilai, jaringan, dan partisipasi; temuan memperkaya kajian sosiologi pembangunan dan kewirausahaan sosial, dan implikasi secara praktis bahwa hasil penelitian dapat dijadikan dasar model pengembangan kewirausahaan kesehatan berbasis komunitas yang menempatkan masyarakat sebagai pusat inovasi, bukan sekadar objek program.

Referensi

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). Greenwood.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.
- Cometto, G., Ford, N., & Pfaffman-Zambruni, J. (2018). Health policy and system support to optimise community health worker programmes. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1397–e1404.
- Ehsan, A. M., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 18, 36.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., et al. (2023). *Institutionalising community engagement for quality of care*. Health Research Policy and Systems, 21, 64.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481–510.

- Hasanbasri, M., Tosepu, R., & Dhewantara, P. W. (2024). Analyzing primary healthcare governance in Indonesia: Perspectives of community health workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 215.
- Isenberg, D. J. (2010). How to start an entrepreneurial revolution. *Harvard Business Review*, 88(6), 40–50.
- Isenberg, D. J. (2011). *The entrepreneurship ecosystem strategy as a new paradigm for economic policy: Principles for cultivating entrepreneurship*. Babson Global Working Paper.
- Knowles, M., Khan, M., & Olayiwola, J. N. (2023). Community health worker integration with and essential role in health systems. *Annual Review of Public Health*, 44, 155–174.
- Linde, S., Robinson, W. R., Berman, J., et al. (2023). Community social capital and population health outcomes. *JAMA Network Open*, 6(6), e2319628.
- Miranda, A. V., et al. (2024). Improving stunting prevention through community health worker-led home-based monitoring in Indonesia. *Paediatrica Indonesiana*, 64(3), 160–168.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press.
- Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*, 23(8), 1247–1263.
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- Randell, M., et al. (2024). “Of” the community but not “of” the health system: Translating cadre training into community care in Aceh, Indonesia. *Discover Global Health*, 2(1), 69.
- Stam, E. (2015). Entrepreneurial ecosystems and regional policy: A sympathetic critique. *European Planning Studies*, 23(9), 1759–1769.
- Van Iseghem, T., et al. (2023). The role of community health workers in primary healthcare: A scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e8.
- Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2017). The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects. *Social Science & Medicine*, 194, 105–127.
- WHO. (2017). *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services*. World Health Organization.
- WHO. (2024). *Community engagement for quality health services: Key resources and actions*. World Health Organization.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), 151–208.
- Yunus, M., & Weber, K. (2010). *Building Social Business*. PublicAffairs.