HJK HOLISTIK JURNAL KESEHATAN
ISSN 1978-3337 (Print)
ISSN 2620-7478 (Online)
DOI: 10.33024

Nomor: 79/E/KPT/2023

INFORMASI ARTIKEL
Received: April, 22, 2026
Revised: July, 05, 2026
Available online: July, 06, 2026
at: https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk

Rigiditas anggaran sebagai pemicu kerentanan fungsional rumah sakit berdasarkan *hospital safety index* modul 4 di Indonesia: *A systematic review*

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

Abstract

Background: Despite significant investment in physical infrastructure, various studies indicate asymmetry in disaster preparedness in Indonesian hospitals: structural safety scores tend to be high, while functional capacity, particularly in the Module 4 Hospital Safety Index, consistently lags behind.
Purpose: To assess budget rigidity as a driver of hospital functional vulnerability based on the Module 4 Hospital Safety Index.
Method: This systematic review study used the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) guidelines. The reviewed articles were sourced from the Garuda platform and Google Scholar. The search period was primarily within the past 10 years (2015-2025) to align with the HSI 2nd edition released in 2015. The search terms were “Hospital Safety Index”, “HSI”, “Hospital Disaster Preparedness”, and “Hospital Evaluation” within the context of Indonesia.
Results: The results indicate a mismatch between the rigidity of government budget regulations and the need for operational flexibility in emergency response. The lack of ready-to-use contingency funds triggers a cascade of disruptions in Module 4 components, including logistical paralysis due to constraints on rapid procurement and stagnation in human resource competency because disaster simulations are often deducted from operational budgets.
Conclusion: The low functional preparedness of hospitals in Indonesia is a systemic problem primarily influenced by funding rigidity, hampering human resource readiness, logistics, emergency communications, and crisis response.
Suggestion: More flexible policy reforms are needed, as well as the integration of disaster risk management into hospital governance, so that health services can continue to function optimally when a disaster occurs.

Keywords: Budget Rigidity; Hospital Emergency Management; Hospital Preparedness; Hospital Safety Index (HSI).

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara dengan tingkat risiko bencana tertinggi di dunia, sehingga rumah sakit dituntut untuk tetap berfungsi secara optimal meskipun berada pada kondisi krisis (Andini, Widjanarko, & Suryawati, 2024). Dalam situasi bencana, keberlangsungan fungsi operasional rumah sakit meliputi layanan klinis, koordinasi darurat, logistik, dan perlindungan tenaga kesehatan menjadi faktor penentu keselamatan pasien dan stabilitas respons kesehatan masyarakat (Larasati, Qohardita, Arumjati, Purwadhi, & Widjaja, 2025). Kondisi ini menempatkan kesiapsiagaan bencana rumah sakit sebagai prasyarat mendasar bagi ketahanan sistem kesehatan nasional.

Sebagai upaya menilai kemampuan rumah sakit dalam mempertahankan fungsi kritis selama bencana, *Pan American Health Organization* (PAHO) dan *World Health Organization* (WHO) mengembangkan *hospital safety index* (HSI) sebagai instrumen standar global.

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

HSI menilai kesiapsiagaan rumah sakit melalui aspek struktural, non-struktural, dan fungsional, dengan modul fungsional yang mencakup kapasitas komando darurat, logistik, komunikasi, ketersediaan sumber daya manusia, serta dukungan keuangan menjadi indikator utama kemampuan rumah sakit untuk tetap operasional dalam kondisi krisis (World Health Organization, 2017; Cahyadi 2020).

Berbagai studi terkait HSI di Indonesia menunjukkan pola temuan yang konsisten yaitu penilaian pada aspek struktural dan non-struktural rumah sakit umumnya berada pada kategori aman atau cukup aman, namun skor pada aspek fungsional khususnya modul 4 secara berulang menjadi komponen dengan nilai terendah. Laporan dari rumah sakit umum daerah di Balaraja, Lebong, dan Andalas menggambarkan hambatan yang serupa dalam mempertahankan kapasitas operasional selama situasi darurat. Konsistensi pola ini mengindikasikan bahwa kerentanan fungsional bukan sekadar fenomena kasuistik pada fasilitas tertentu, melainkan potensi masalah sistemik yang terjadi pada berbagai tipe rumah sakit di Indonesia (Maldha, 2025; Lukas, Andriani, & Widjaja, 2025; Arif, Pertiwi, & Dorisnita, 2023).

Modul 4 HSI memuat indikator yang menilai kemampuan rumah sakit dalam menjalankan fungsi kritis selama bencana, mencakup komponen seperti sistem komando darurat, ketersediaan logistik dan peralatan, mekanisme komunikasi, kapasitas pelatihan sumber daya manusia, serta dukungan keuangan operasional. Berbeda dengan aspek struktural yang lebih statis, komponen-komponen ini sangat bergantung pada proses manajemen, koordinasi lintas unit, dan ketersediaan sumber daya yang berkelanjutan. Kompleksitas operasional dan kebutuhan pembaruan yang terus-menerus membuat modul 4 menjadi area yang paling rentan mengalami penurunan kinerja, terutama ketika rumah sakit tidak memiliki fleksibilitas anggaran dan dukungan administratif yang memadai (Nisaa & Modjo, 2024).

Temuan dari berbagai penelitian juga memperlihatkan bahwa banyak kendala dalam pemenuhan komponen modul 4 berkaitan dengan keterbatasan fleksibilitas anggaran rumah sakit. Beberapa studi melaporkan bahwa kegiatan pelatihan kedaruratan, pemutakhiran peralatan, dan pemeliharaan logistik seringkali terhambat oleh mekanisme penganggaran yang kaku, terutama pada rumah sakit yang bergantung pada struktur APBD atau APBN (Maldha, 2025). Ketiadaan dana kontinjensi, sulitnya mengalokasikan kebutuhan mendesak selama situasi krisis, serta keterikatan pada prosedur administrasi yang panjang membuat rumah sakit tidak mampu memenuhi persyaratan operasional yang dinilai dalam modul 4. Pola berulang ini menunjukkan bahwa masalah kesiapsiagaan fungsional tidak hanya berakar pada aspek manajerial internal, tetapi juga pada desain pendanaan kesehatan yang membatasi kemampuan rumah sakit merespons dinamika kedaruratan.

Meskipun berbagai penelitian telah mengevaluasi kesiapsiagaan rumah sakit menggunakan HSI, sebagian besar studi tersebut dilakukan pada fasilitas tunggal dan menyajikan hasil yang bersifat terfragmentasi. Belum ada sintesis yang secara sistematis mengidentifikasi pola konsistensi rendahnya skor modul 4 di tingkat nasional maupun menelaah faktor struktural yang berpotensi memengaruhinya, seperti rigiditas anggaran. Ketiadaan tinjauan komprehensif ini menyulitkan pembuat kebijakan untuk menentukan apakah kelemahan fungsional rumah sakit merupakan masalah kasuistik pada tingkat fasilitas atau cerminan dari persoalan sistemik. Dengan demikian, diperlukan telaah sistematis untuk mengintegrasikan temuan lintas studi dan memberikan gambaran yang lebih utuh mengenai pola kerentanan fungsional rumah sakit di Indonesia.

METODE

Penelitian *systematic review* menggunakan pedoman *preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA). Artikel yang direview berasal *platform* Garuda dan Google Scholar. Periode yang dicari utamanya dengan rentang 10 tahun kebelakang (2015-2025) untuk menyelaraskan dengan HSI edisi 2 yang dikeluarkan pada 2015. Kata kunci dalam pencarian adalah "*Hospital Safety Index*", "HSI", "Kesiapsiagaan Bencana Rumah Sakit", dan "Evaluasi Rumah Sakit" dengan konteks wilayah Indonesia.

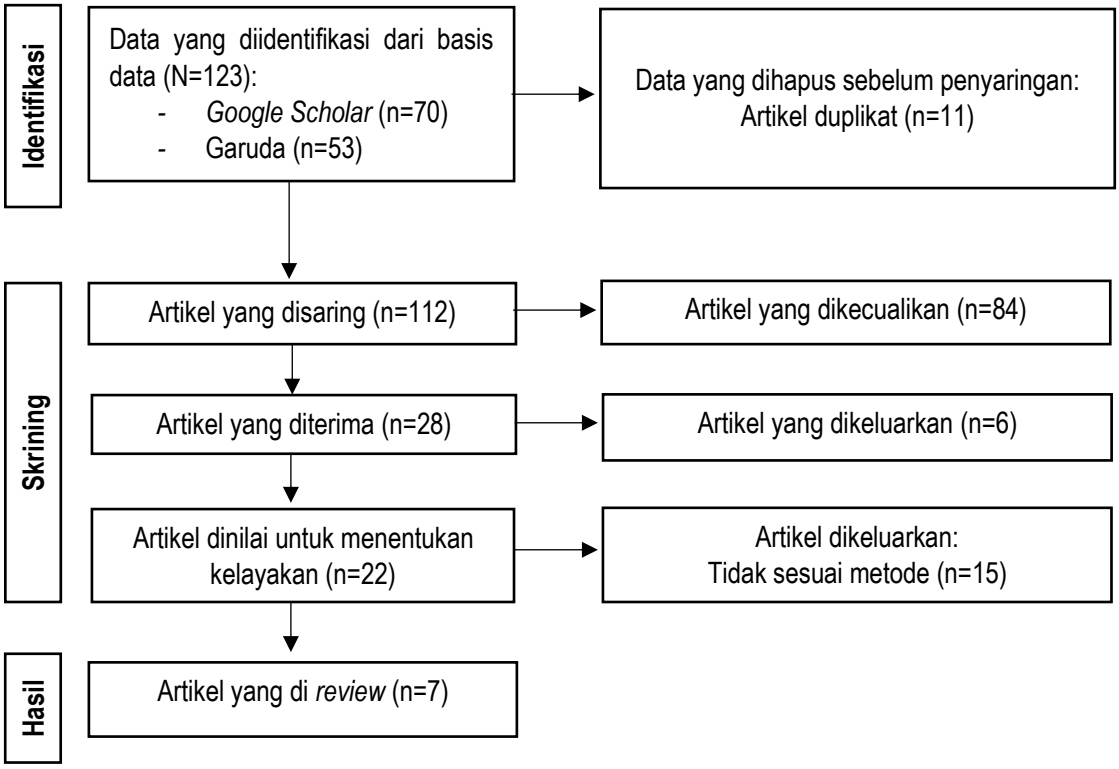
Kriteria inklusi yang digunakan yakni artikel berbahasa Indonesia atau Inggris, studi kasus dilakukan pada rumah sakit di Indonesia, artikel memuat data skor HSI (khususnya modul 4), serta data kualitatif terkait hambatan implementasi. Kriteria ekslusi yakni artikel berupa *literature review* atau opini tanpa data primer, studi yang tidak menggunakan instrumen standar HSI WHO/PAHO, dan artikel dengan naskah lengkap (*full-text*) tidak tersedia.

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

HASIL



Gambar Diagram Alir PRISMA

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

Tabel Hasil Pemetaan Data Artikel

(Penulis)(Negara)	Lokasi	Temuan
(Arif et al., 2022) (Indonesia)	Rumah Sakit Universitas Andalas	Skor modul 4= 0.69 (B) Komponen terlemah: logistik, Sistem komando, Komunikasi bencana. Hambatan utama: pelatihan tidak rutin, dokumen belum operasional. Faktor anggaran: pendanaan mitigasi tidak teralokasi khusus. Catatan: fokus RS lebih dominan pada aspek struktural.
(El-Matury et al., 2021) (Indonesia)	RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe	Skor modul 4: B Komponen terlemah: rantai pasok logistik dan koordinasi internal. Hambatan utama: tidak ada mekanisme pembaruan SOP dan pelatihan terbatas. Faktor anggaran: pengadaan logistik darurat terhambat prosedur APBD. Catatan: kesenjangan antara dokumen dan implementasi.
(Lukas et al., 2025) (Indonesia)	RSUD Lebong	Skor modul 4: C Komponen terlemah: SDM, logistik, komunikasi darurat. Hambatan utama: drill tidak rutin, kapasitas koordinasi rendah. Faktor anggaran: tidak tersedia dana cadangan/*contingency fund.* Catatan: kesiapsiagaan masih administratif, belum operasional.
(Yenni & Novrikasari, 2021) (Indonesia)	RSUP Dr. Mohammad Hoesin	Skor modul 4: C Komponen terlemah: logistik dan SDM kedaruratan. Hambatan utama: tidak ada mekanisme pelaporan terpadu dan SOP tidak diperbarui. Faktor anggaran: belum ada porsi anggaran khusus untuk *response-ready.* Catatan: kebutuhan pembaruan instrumen keselamatan mendesak.
(Nisaa & Modjo, 2024) (Indonesia)	RSUD Balaraja	Skor modul 4: 37% (C) Komponen terlemah: operasi darurat, logistik, dan SDM. Hambatan utama: audit tidak ditindaklanjuti; pelatihan minim Faktor anggaran: penggunaan APBD rigid, sehingga tidak dapat membentuk dana taktis. Catatan: sangat tergantung pada pihak luar saat krisis.

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

(Gulo, 2022) (Indonesia)	RS DKT Dr. Soetarto Yogyakarta	Skor modul 4: B Komponen terlemah: logistik, dan komunikasi. Hambatan utama: kurangnya simulasi terpadu dan koordinasi lintas tim. Faktor anggaran: belum ada anggaran rutin latihan bencana. Catatan: proses operasional masih tergantung instruksi pimpinan saat insiden.
(Choirrini & Lestari, 2019) (Indonesia)	Dua rumah sakit di kota Cilegon	Skor modul 4: 0.5 (B) pada RS Z dan 0.75 (B) pada RS X Komponen terlemah: logistik, keuangan, dan koordinasi. Hambatan utama: ketidakteraturan latihan yang tidak merata disemua unit. Faktor anggaran: keterbatasan alokasi keuangan untuk kesiapsiagaan. Catatan: gap kompetensi serius antar-lini pelayanan.

PEMBAHASAN

Modul 4 dalam HSI menilai kapasitas fungsional rumah sakit dalam mempertahankan operasi kritis selama bencana, meliputi manajemen komando darurat, kesiapan logistik, sistem komunikasi, ketersediaan sumber daya manusia, dan dukungan keuangan operasional. Tidak seperti aspek struktural yang relatif statis setelah dibangun, komponen fungsional bersifat dinamis dan sangat bergantung pada praktik manajemen, koordinasi antar-unit, dan pembaruan prosedur secara berkelanjutan. Kompleksitas operasional ini membuat modul 4 lebih rentan mengalami penurunan kinerja ketika rumah sakit tidak memiliki mekanisme internal yang kuat untuk menjaga kesiapsiagaan sehari-hari (Kaplan & Porter, 2011).

Ketidakseimbangan antara kesiapan struktural dan fungsional mencerminkan bahwa rumah sakit lebih mudah memenuhi elemen yang bersifat teknis-fisik dibanding elemen operasional yang memerlukan sumber daya manusia, waktu, dan biaya yang berkelanjutan. Pada banyak kasus, mitigasi difokuskan pada pemenuhan persyaratan infrastruktur fisik sebagai bentuk kepatuhan regulasi, sementara aspek operasional tidak mendapatkan prioritas yang sama (Andini et al., 2024). Konsekuensinya, rumah sakit tampak "aman" secara struktural namun tidak mampu mempertahankan layanan kritis ketika bencana terjadi, sehingga modul 4 menjadi titik lemah yang paling mencolok dalam sistem kesiapsiagaan bencana rumah sakit di Indonesia.

Sintesis lintas studi menunjukkan bahwa hambatan fungsional yang menyebabkan rendahnya skor modul 4 cenderung muncul dalam pola yang sama, terlepas dari jenis rumah sakit atau lokasi geografisnya. Hambatan tersebut dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori utama yaitu kendala manajemen logistik, keterbatasan kapasitas sumber daya manusia, dan lemahnya koordinasi serta komunikasi darurat. Hampir semua penelitian melaporkan bahwa rumah sakit belum memiliki sistem logistik emergensi yang memadai, baik dalam hal ketersediaan peralatan penanganan bencana, sistem rotasi stok, maupun akses cepat terhadap suplai kritis saat insiden. Kelemahan ini memperburuk ketidakmampuan rumah sakit untuk mempertahankan fungsi dasar di fase awal kedaruratan (Turnip & Soewondo, 2022).

Sebagian besar studi menyoroti ketidakcukupan pelatihan kedaruratan dan simulasi rutin sebagai hambatan paling signifikan dalam komponen SDM. Ketiadaan pelatihan berkelanjutan mengakibatkan respons yang terfragmentasi, lemahnya pengambilan keputusan, serta kesenjangan kompetensi antar-unit. Hambatan pada komunikasi baik komunikasi internal lintas tim maupun sistem komunikasi darurat juga konsisten ditemukan. Rumah sakit umumnya belum memiliki protokol komunikasi yang terstandar, perangkat komunikasi alternatif, atau mekanisme integrasi informasi lintas unit, sehingga koordinasi pada saat krisis menjadi lambat dan tidak sinkron. Kombinasi masalah SDM dan komunikasi ini menciptakan kerentanan sistemik yang

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

memperlemah fungsi operasional rumah sakit ketika menghadapi kejadian darurat (Larasati, Qohardita, Arumjati, Purwadhi, & Widjaja, 2025).

Selain faktor teknis, berbagai studi juga menyoroti bahwa hambatan fungsional banyak dipengaruhi oleh masalah manajerial, terutama tidak adanya siklus evaluasi rutin, pembaruan SOP yang tidak konsisten, dan rendahnya keterlibatan pimpinan rumah sakit dalam penguatan sistem kesiapsiagaan Banyak rencana bencana yang hanya bersifat administratif dan tidak diintegrasikan dalam praktik operasional sehari-hari (Dewi, Rahmi, Hartono, & Wizraa, 2025). Ketergantungan pada respons improvisasi dan minimnya mekanisme koordinasi membuat modul fungsional tidak mampu berkembang secara berkelanjutan. Pola hambatan ini memperlihatkan bahwa rendahnya kesiapan fungsional bukan hanya akibat kurangnya sarana, tetapi merupakan cerminan dari kelemahan dalam sistem manajemen risiko dan budaya keselamatan ditingkat institusi (Hutama, 2016).

Sintesis lintas studi menyingkap bahwa akar kerapuhan pada modul 4 adalah inkompatibilitas mendasar antara rigiditas struktur penganggaran pemerintah dan dinamika kebencanaan yang menuntut fleksibilitas. Mekanisme birokrasi yang kaku secara efektif ”menyandera” kemampuan rumah sakit untuk menyediakan dana kontinjensi (*contingency fund*), sehingga memicu efek domino sistemik yang melumpuhkan seluruh elemen operasional (Nisaa & Modjo, 2024). Tanpa fleksibilitas fiskal, rumah sakit kehilangan agilitas untuk mengikat kontrak logistik darurat maupun membiayai simulasi rutin yang seringkali tereliminasi karena dianggap beban biaya non-produktif (Choirrini & Lestari, 2019). Akibatnya, administrasi keuangan justru menjadi penghambat utama (*bottleneck*) yang menyebabkan kegagalan sistem komando dan komunikasi darurat justru di saat kecepatan respons menjadi penentu keselamatan.

Secara sistematis, permasalahan pendanaan bukanlah kelemahan manajemen rumah sakit tertentu, tetapi mencerminkan persoalan struktural dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Rumah sakit cenderung beroperasi dalam kerangka pendanaan yang menempatkan kesiapsiagaan bencana sebagai prioritas sekunder dibanding layanan klinis harian (Gulo, 2022). Tanpa dukungan regulasi dan skema pendanaan yang memungkinkan penggunaan anggaran secara cepat dan fleksibel, rumah sakit akan terus kesulitan memenuhi tuntutan operasional yang dinilai dalam modul 4. Oleh karena itu, rendahnya skor fungsional bukan hanya manifestasi dari kelemahan kesiapsiagaan internal, tetapi indikator bahwa sistem pendanaan kesehatan belum sepenuhnya mendukung kebutuhan manajemen risiko bencana yang responsif (Akhun, 2020).

Kerentanan fungsional ini berisiko menciptakan kegagalan sistemik saat bencana yang berdampak langsung pada lonjakan angka mortalitas dan morbiditas (Akhun, 2020). Ketidaksiapan operasional menyebabkan keterlambatan aktivasi sistem komando darurat serta kegagalan mempertahankan rantai pasok, yang secara simultan melumpuhkan kapasitas triase dan layanan esensial (Lamine, Lamberti-Castronuovo, Singh, Chebili, Zedini, Achour, & Ragazzoni, 2023). Kegagalan pada tingkat fasilitas ini memicu gangguan berantai (*cascading effect*) dalam sistem kesehatan wilayah mulai dari terhambatnya mekanisme rujukan hingga kelebihan beban (*overload*) pada fasilitas lain yang masih berfungsi (Juharoh, 2021). Dengan demikian, konsistensi skor rendah pada modul 4 bukan sekadar masalah institusional, melainkan sinyal nyata lemahnya ketahanan sistem kesehatan nasional dalam menghadapi ancaman bencana berskala besar.

Temuan penelitian ini menegaskan perlunya peninjauan ulang desain pendanaan rumah sakit dalam konteks kesiapsiagaan bencana. Rigiditas anggaran yang bersumber dari mekanisme APBD/APBN menghambat penyediaan dana kontinjensi dan pengadaan cepat logistik emergensi, sehingga pemerintah pusat perlu mengembangkan skema pendanaan yang lebih fleksibel, seperti *emergency preparedness fund*, alokasi khusus untuk latihan dan simulasi, serta mekanisme rapid *disbursement* yang dapat diakses rumah sakit tanpa melalui prosedur birokrasi berlapis (Lestari, Paramitasari, Kadir, Firdausi, Fatmah, Hamid, & Ismiyati, 2022). Reformasi ini tidak hanya bertujuan menyediakan sumber daya finansial, tetapi juga menciptakan kerangka yang memungkinkan rumah sakit merespons kondisi krisis dengan lebih adaptif (Manik, Ahmad, Widjaja, & Purwadhi, 2024).

Pemerintah daerah memiliki peran penting dalam memastikan kesiapsiagaan rumah sakit melalui koordinasi lintas lembaga, terutama dengan BPBD,

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

dinas kesehatan, dan fasilitas kesehatan lain dalam satu wilayah. Kebijakan kolaboratif yang memfasilitasi pelatihan bersama, penyelarasan sistem komunikasi darurat, serta penyediaan gudang logistik regional dapat mengurangi beban kesiapsiagaan yang selama ini ditanggung masing-masing rumah sakit secara terpisah (Juharoh, 2021). Pendekatan berbasis jejaring ini tidak hanya memperkuat respons regional, tetapi juga meningkatkan efisiensi sumber daya dan mencegah fragmentasi kesiapsiagaan antar fasilitas. Khusus bagi rumah sakit dengan status badan layanan umum daerah (BLUD), terdapat peluang untuk lebih aktif mencari sumber pendanaan mandiri (Sirait, Larasati, Azka, & Saftarina, 2025). Penerapan manajemen strategik dan pemanfaatan pemasaran melalui media sosial dapat menjadi solusi efektif untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit. Peningkatan pendapatan ini nantinya dapat dialokasikan sebagai cadangan pembiayaan khusus untuk penanggulangan bencana, sehingga rumah sakit memiliki kemandirian finansial yang lebih baik dalam menghadapi krisis (Cahyadi, 2020).

Selain pembenahan kebijakan dan praktik, hasil penelitian ini menunjukkan perlunya penekanan yang lebih kuat pada aspek fungsional dalam penilaian kesiapsiagaan nasional. Pemerintah dan lembaga akreditasi dapat menjadikan skor modul 4 sebagai indikator prioritas untuk pemantauan tahunan, mengingat sensitivitasnya dalam menggambarkan kesiapan operasional (Akhun, 2020). Pendekatan ini akan mendorong rumah sakit untuk lebih memberikan perhatian pada mekanisme manajemen bencana, bukan hanya pemenuhan persyaratan struktural (Firissa, Sultan, Abdelwahab, & Belachew, 2023). Dengan demikian, reformasi manajemen risiko bencana akan bergerak menuju sistem yang lebih seimbang antara kesiapan fisik dan operasional.

Untuk memperkuat pemahaman tentang kesiapsiagaan fungsional, penelitian lanjutan perlu mengintegrasikan evaluasi berbasis data primer, terutama analisis mendalam mengenai mekanisme penganggaran rumah sakit dan hubungan langsungnya dengan komponen modul 4. Studi komparatif antarwilayah juga penting untuk mengidentifikasi faktor kontekstual yang mempengaruhi variasi tingkat kesiapsiagaan. Selain itu, penelitian yang mengombinasikan pendekatan kualitatif dan kuantitatif misalnya melalui audit manajemen risiko, process mapping, atau operational *readiness assessment* dapat memberikan wawasan lebih rinci mengenai titik kegagalan dalam sistem manajemen bencana (Lamine et al., 2023). Pengembangan model prediktif berbasis indikator operasional rumah sakit juga berpotensi memperkaya upaya penguatan kesiapsiagaan dimasa mendatang.

Pada tingkat institusional, rumah sakit perlu mengintegrasikan kesiapsiagaan bencana sebagai bagian tidak terpisahkan dari tata kelola mutu dan keselamatan pasien. Regulasi internal harus memastikan bahwa pembaruan SOP, pelatihan kedaruratan, dan simulasi dilakukan secara berkala dan menjadi indikator kinerja yang dievaluasi oleh pimpinan rumah sakit (Akhun, 2020). Selain itu, mekanisme koordinasi lintas unit harus diperkuat melalui pembentukan tim komando darurat yang berfungsi sepanjang tahun, bukan hanya diaktifkan saat insiden (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Implementasi praktik ini membutuhkan dukungan regulasi dari Kementerian Kesehatan agar penguatan kapasitas fungsional tidak bergantung pada inisiatif individual setiap rumah sakit.

SIMPULAN

Tinjauan ini menunjukkan bahwa rendahnya kesiapsiagaan fungsional rumah sakit di Indonesia merupakan masalah sistemik yang terutama dipengaruhi oleh rigiditas pendanaan, sehingga menghambat kesiapan SDM, logistik, komunikasi darurat, dan respons krisis.

SARAN

Diperlukan reformasi kebijakan yang lebih fleksibel serta integrasi manajemen risiko bencana dalam tata kelola rumah sakit agar layanan kesehatan tetap mampu berfungsi optimal saat bencana terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

Akhun, N. (2020). *Pintar Akreditasi SNARS edisi 1.1 Pro 21.10*. Khulyan Media.

Andini, I.F., Widjanarko, B., & Suryawati, C., (2024). Analisis Kesiapsiagaan Manajemen Bencana di Rumah Sakit Indonesia: Systematic Literature Review. *Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa*. 10, 233.

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

Arif, Y., Pertiwi, L., & Dorisnita, D. (2023). Analyzing Andalas University Hospital's Disaster Management Capacity Using the Hospital Safety Index. *Jurnal Kesehatan*, *14*(1).

Cahyadi, R. (2020). Analisis pemahaman klasifikasi biaya dalam pengelolaan anggaran rumah sakit tipe C. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 145–154.

Choirrini, S., & Lestari, F. (2019). Analisis kesiapsiagaan manajemen bencana rumah sakit di Kota Cilegon tahun 2018. *Jurnal Dialog Penanggulangan Bencana*, *10*(2), 154-164.

Dewi, N. H., Rahmi, S.F., Hartono, B., & Wizraa, I., (2025). Pengaruh klasifikasi biaya terhadap efisiensi pengelolaan keuangan rumah sakit. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business 4,* 5836–5841.

El-Matury, H. J., Handayani, S., Sinambela, M., Simanjuntak, A., & Gurusinga, R. (2021). Readiness of the Haji Abdoel Madjid Regional General Hospital Batanghari Jambi to Deal Disaster. *Jurnal kesehatan komunitas (Journal of community health)*, *7*(3), 283-287.

Firissa, Y. B., Sultan, M., Abdelwahab, M., & Belachew, F. K. (2023). Disaster response readiness assessment of public hospitals in Addis Ababa City, Addis Ababa, Ethiopia. *African journal of emergency medicine*, *13*(3), 210-216.

Gulo, K. (2022). Analisis kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana berdasarkan Hospital Safety Index (HSI) PAHO/WHO di RS DKT Dr. Soetarto Yogyakarta. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, *11*(4), 47-54.

Hutama, M. B. (2016). The Influence Of Capital Expenditure Towards Companyâ€™ S Profitability. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FEB*, *6*(2).

Juharoh, J. (2021). Terapan Hospital Disaster Plan pada Rumah Sakit Umum Daerah. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, *5*(1), 24-38.

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*, *89*(9), 46-52.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman Rumah Sakit Aman Bencana (Safe Hospital).* Diakses dari: https://pusatkrisis.kemkes.go.id/pedoman-rumah-sakit-aman-bencana-safe-hospital

Lamine, H., Lamberti-Castronuovo, A., Singh, P., Chebili, N., Zedini, C., Achour, N., & Ragazzoni, L. (2023). A qualitative study on the use of the hospital safety index and the formulation of recommendations for future adaptations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(6), 4985.

Larasati, L., Qohardita, R., Arumjati, V. O., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. R. (2025). Analisis Ketersediaan Tenaga Perawat di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, *5*(1), 4330-4342.

Lestari, F., Paramitasari, D., Kadir, A., Firdausi, N. A., Fatmah. F., Hamid, A. Y., & Ismiyati, A. (2022). The application of hospital safety index for analyzing primary healthcare center (PHC) disaster and emergency preparedness. *Sustainability*, *14*(3), 1488.

Lukas, D. C., Andriani, R., & Widjaja, Y. R. (2025). Evaluasi Tingkat Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berdasarkan Hospital Safety Index di RSUD Lebong Provinsi Bengkulu. *J-CEKI: Jurnal Cendekia Ilmiah*, *4*(5), 1023-1031.

Maldha, A. (2025). Analisis Faktor Yang Memengaruhi Manajemen Kesiapsiagaan Bencana Di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai.* 6.

Manik, S. L. S., Ahmad, A., Widjaja, Y. R., & Purwadhi, P. (2024). Management Strategi Pemasaran Rumah Sakit dalam Meningkatkan Pendapatan dengan Media Sosial. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, *4*(5), 3932-3938.

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049

Nisaa, P. G., & Modjo, R. (2024). Manajemen Rumah Sakit dalam Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana di RSUD Balaraja: Metode Hospital Safety Index. *National Journal of Occupational Health and Safety*, *5*(1), 12.

Nisaa, P. G., & Modjo, R. (2024). Manajemen Rumah Sakit dalam Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana di RSUD Balaraja: Metode Hospital Safety Index. *National Journal of Occupational Health and Safety*, *5*(1), 12.

Sirait, N. E., Larasati, T. A., Azka, L., & Saftarina, F. (2025). Systematic Literature Review: Validitas Prognostik NIHSS sebagai Prediktor Luaran Fungsional pada Pasien Stroke (Tinjauan Periode 2020–2025). *Journal of Medical Practice and Research*, *1*(2), 01-09.

Turnip, H., & Soewondo, P. (2022). Analisis Manajemen Anggaran Pada Rumah Sakit Rujukan Di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, *7*(2), 4.

World Health Organization. (2017). *Hospital safety index: guide for evaluators, 2nd ed*. Diakes Dari: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548984

Yenni, R. A., & Novrikasari, Y. W. (2021). Analisis Kesiapsiagaan Struktural dalam Menghadapi Bencana Berdasarkan Hospital Safety Index Structural Preparedness Analysis In Disaster Based on the Hospital Safety Index. *Arkesmas*. (6)1.

Raissa Rifkandini*, Hendra Djamalus

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Korespondensi penulis: Raissa Rifkandini. *Email: raissarifkandini@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3049