



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN MODEL *SOCIAL CAPITAL*
UNTUK PENINGKATAN KESIAPSIAGAAN DAN
KETAHANAN RUMAH SAKIT DALAM
MENGHADAPI BENCANA DI PROVINSI JAWA
BARAT TAHUN 2026**

RINGKASAN DISERTASI

SITI KHODIJAH PARINDURI

NPM: 2206001672

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM
STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

DEPOK, 2026

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI

Disertasi ini diajukan oleh:

Nama : Siti Khodijah Parinduri
 NPM : 2206001672
 Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
 Judul Disertasi : Pengembangan Model *Social Capital* untuk Peningkatan Kesiapsiagaan dan Ketahanan Rumah Sakit dalam Menghadapi Bencana di Provinsi Jawa Barat Tahun 2026

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Promotor:

Prof. Dr. drg. Wahyu Sulistiadi, M.A.R.S

Kopromotor:

Prof. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, M.A.R.S.

Tim Penguji

Prof. Dr. Ede Surya Darmawan, S.K.M., M.D.M.(Ketua)
 Prof. Dr. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes. (Anggota)
 Brigjen TNI Purn. Dr. dr. Soroy Lardo,
 Sp.PD., K.PTI., FINASIM. (Anggota)
 Dr. Sumarjaya, S.K.M., M.M., M.F.P., C.F.A. (Anggota)
 Dr. Hermawan Saputra, S.K.M, M.A.R.S (Anggota)
 Ns. Maryami Yuliana Kosim, S.Kep.,
 M.Kep., Ph.D. (Anggota)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli 2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga disertasi ini dapat diselesaikan dengan baik. Disertasi ini berfokus pada pengembangan model *Social Capital* untuk Peningkatan Kesiapsiagaan dan Ketahanan Rumah Sakit dalam Menghadapi Bencana di Rumah Sakit di Provinsi Jawa Barat. Karya ini disusun sebagai bagian dari persyaratan akademik Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada promotor dan ko-promotor atas bimbingan dan arahnya, para penguji, Rumah sakit lokasi penelitian, informan dan responden serta seluruh pihak yang telah mendukung penelitian ini. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan sahabat atas dukungan dan doa yang tiada henti, serta kepada semua pihak yang telah membantu secara ilmiah, teknis, dan administratif. Semoga disertasi ini memberikan manfaat bagi sistem kesehatan nasional dan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Depok, 3 Juli 2026

Siti Khodijah Parinduri

ABSTRAK

Kerentanan rumah sakit di Indonesia dalam menghadapi bencana terlihat dari rata-rata indeks *Hospital Emergency Disaster Management* yang rendah (0,408) dan kegagalan infrastruktur fisik (*hard resilience*) saat beban puncak (*surge capacity*), seperti pada pandemi COVID-19 dan gempa bumi. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis, menyintesis, dan merekonstruksi Model *Social capital* melalui integrasi perspektif strategis (makro) dan operasional (mikro) guna meningkatkan kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit di wilayah berisiko bencana tinggi (Provinsi Jawa Barat).

Penelitian ini menggunakan desain *Exploratory Sequential Mixed Methods* melalui 3 Tahap penelitian. Analisis SEM-PLS menunjukkan bahwa Modal Sosial berpengaruh positif dan signifikan terhadap Kesiapsiagaan (0,872) dan Ketahanan (0,672), dengan nilai R-Square Ketahanan sebesar 85,2% (kategori sangat kuat). Penelitian ini memetakan tiga lapis kapital: 1) *Bonding Capital* (Internal RS) berbasis *organizational trust* dan nilai spiritual ("Employee of Allah"); 2) *Bridging Capital* (Horizontal) melalui jejaring lintas faskes/organisasi profesi berbasis resiprositas; dan 3) *Linking Capital* (Vertikal) melalui *agile governance* dengan otoritas (Kemenkes/BPBD). Temuan menunjukkan adaptasi kontekstual yang khas: RSUD memanfaatkan kearifan lokal "Saduluran" untuk substitusi fiskal daerah; dan RS Swasta Filantropi menggunakan kekuatan identitas sosial untuk pertahanan *bottom-up* yang lincah. **Kata Kunci:** Social capital, Ketahanan Rumah Sakit, Kesiapsiagaan Bencana, Soft Resilience, Jawa Barat.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I_PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan dan Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Konsep Bencana Kebijakan.....	5
2.3. Social Capital.....	8
2.4. Dimensi Social Capital.....	9
BAB III_METODOLOGI PENELITIAN	13
3.1 Desain Penelitian	13
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	15
3.3 Populasi dan Sample Penelitian.....	15
3.4 Analisis Data	15
3.5 Etik Penelitian	16
BAB IV_HASIL DAN PEMBAHASAN	17
4.1 Eksplorasi Dimensi dan Indikator Modal Sosial, Kesiapsiagaan dan Ketahanan Rumah Sakit..	17
4.2 Domain dan Indikator Model Social Capital di Rumah Sakit.....	20

4.3	Pengembangan dan Validasi Model Eksplorasi Dimensi Modal Sosial dan Analisis Kesiapsiagaan Dasar	21
4.4	Hubungan Modal Sosial, Kesiapsiagaan dengan Ketahanan Rumah Sakit.....	24
4.5	Model Social Capital	31
BAB V_KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....		39
5.1.	Kesimpulan	39
5.2.	Rekomendasi.....	40
DAFTAR PUSTAKA		43
<i>CURRICULUM VITAE</i>		46

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan ancaman bencana global menunjukkan bahwa rumah sakit menghadapi risiko yang semakin kompleks dan bersifat multi-hazard, tidak hanya dari bencana geologi dan pandemi, tetapi juga dari penyakit infeksi emerging serta dampak perubahan iklim. Bencana-bencana ini dapat secara signifikan mempengaruhi ketahanan layanan kesehatan, yang menuntut negara untuk membangun sistem ketahanan yang kuat. Biddle pada tahun 2020 melakukan kajian menemukan 82% dari 71 studi empiris membahas ketahanan dalam konteks krisis atau tantangan tertentu – terutama wabah penyakit menular (20%), bencana alam (15%) dan perubahan iklim (11%).(Biddle Et Al., 2020)

Indonesia mendefinisikan bencana sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia.(UU RI No. 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana, 2007)

Indonesia merupakan negara dengan tingkat kejadian bencana yang tinggi. Data dari BNPB dan Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa dengan indeks risiko bencana yang tinggi, negara ini harus lebih siap dalam menghadapi dampak bencana terhadap layanan kesehatan. (Ayuningtyas Et Al., 2021) Data BNPB periode 1 Januari–17 Juni 2026 mencatat 1.077 kejadian bencana, didominasi oleh banjir (512 kejadian), cuaca ekstrem (299 kejadian), dan kebakaran hutan dan lahan (139 kejadian). Salah satu provinsi yang paling rentan adalah Jawa Barat, di mana frekuensi dan intensitas bencana cukup tinggi, yang berpotensi mengganggu operasional rumah sakit.(Pusat Krisis Kesehatan, 2022)

Beberapa contoh rumah sakit yang mengalami kerusakan akibat bencana antara lain tiga rumah sakit (Rumah Sakit Sayang, Rumah Sakit Cimacan, Rumah Sakit Hafiz) akibat gempa Cianjur (2022), kemudian RSUD Lombok Utara saat terjadi gempa Lombok (2018), dan Rumah Sakit di 4 kabupaten/kota akibat gempa, tsunami, dan likuifaksi di Sulawesi Tengah (2018).

Pada penelitian yang dilakukan Hanani (2021) salah satu program dalam penanganan mitigasi bencana saat terjadi COVID ialah program Sonjo yang merupakan kegiatan berbasis masyarakat dengan melakukan pertukaran fasilitas dan kebutuhan dari rumah sakit, tenaga kesehatan, LSM, akademisi, pengusaha, kelompok masyarakat dan lain-lain. Dengan mengembangkan Model *Social capital*, berkontribusi pada penguatan ketahanan sistem kesehatan, khususnya di wilayah rawan bencana seperti Jawa Barat. Pendekatan ini tidak hanya akan meningkatkan kesiapsiagaan internal rumah sakit tetapi juga membangun kolaborasi yang lebih baik dengan komunitas dan lembaga eksternal, sehingga memastikan keberlanjutan layanan medis di tengah ancaman bencana yang terus meningkat.

Dengan latar belakang ini, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan mengembangkan model *social capital* yang dapat memperkuat kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit dalam menghadapi bencana. Dengan pendekatan yang tepat, diharapkan rumah sakit di Indonesia dapat lebih siap dan tangguh dalam memberikan

pelayanan kesehatan yang berkualitas, bahkan dalam situasi yang paling sulit sekalipun.

1.2 Tujuan dan Manfaat

Penelitian ini bertujuan Menganalisis, menyintesis, dan merekonstruksi Model Social capital melalui integrasi perspektif strategis (makro) dan realitas operasional (mikro) guna mengoptimalkan kesiapsiagaan dan resiliensi rumah sakit dalam menghadapi bencana di Provinsi Jawa Barat. Tujuan khusus berikut ini:

1. Mengidentifikasi peran, dimensi dan indikator social capital dalam kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit terhadap bencana di Provinsi Jawa Barat.
2. Mengembangkan Model Social capital yang terintegrasi untuk memperkuat kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit dalam menghadapi bencana di Jawa Barat.
3. Menyintesis penerapan Model Social capital pada rumah sakit untuk memperkuat ketahanan rumah sakit di wilayah Jawa Barat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Bencana Kebijakan

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Bencana nonalam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror. (<https://bnpb.go.id/definisi-bencana>)

Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2007 tersebut juga mendefinisikan mengenai bencana alam, bencana nonalam, dan bencana sosial.

- a. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.
- b. Bencana nonalam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.
- c. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror.
(UU RI No. 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana, 2007)

2.2. Konsep Ketahanan (*Resilience*)

Ketahanan atau yang juga dikenal dengan '*Resilience*' adalah kemampuan untuk mengatasi kejadian yang tidak terduga dan tidak terbayangkan dari bagian sistem adaptif

yang kompleks, membangun tiga kemampuan dasar yaitu, pemulihan yang cepat, memanfaatkan peluang yang muncul, dan deteksi kegagalan di awal (Snowden, 2014). Ketahanan (*Resilience*) adalah kemampuan untuk secara proaktif beradaptasi dan pulih kembali dari setiap gangguan yang ditimbulkan pada sistem dan untuk mengatasi gangguan yang diperkirakan.

Penguatan kerangka kerja kesehatan pertahanan adalah melalui *hospital preparedness*, kesehatan komunitas (*surveillans dan high vigilance*), dan kolaborasi riset *health resilience* sipil dan militer pada tingkat *pra hospital preparedness*, *hospital preparedness* dan *health defense preparedness*. *Pra hospital preparedness* adalah entrepreneurship posyandu sebagai partisipasi pemberdayaan kesehatan komunitas, perubahan pola pikir puskesmas sebagai layanan primer sebagai fungsi prediksi dan proteksi, dan pelayanan masyarakat.(Lardo, 2023)

Penelitian terkait ketahanan menjelaskan terdapat tiga interpretasi umum tentang ketahanan: (1) ketahanan reaktif; (2) ketahanan responsif; atau (3) ketahanan proaktif. Sebagian besar penelitian memandang ketahanan

sebagai reaktif atau responsif, dengan sedikit mendefinisikannya sebagai proaktif.(Delilah Roque et al., 2020)

2.3. Social Capital

Modal sosial adalah kombinasi dari hubungan interpersonal, keyakinan bersama, dan norma kerja sama yang mengurangi ketidakpercayaan dan meningkatkan bantuan timbal balik, terutama dalam konteks tanggap bencana dan pemulihan.(Fafchamps, 2021)

Modal sosial mewakili jaringan dan ikatan sosial yang membantu masyarakat mengatasi berbagai guncangan, seperti bencana alam, dengan menyediakan akses ke dukungan, sumber daya, dan informasi bersama, mengurangi dampak dari guncangan tersebut.(Yang Et Al., 2024). Modal sosial dalam kesiapsiagaan bencana mengacu pada jejaring sosial dan norma kepercayaan dan timbal balik yang memfasilitasi saling mendukung, kerja sama, dan aksi kolektif selama mitigasi dan pemulihan bencana.(Sadeka Et Al., N.D.)

Pertumbuhan terbaru dalam literatur tentang modal sosial menawarkan wawasan tentang tanggap dan pemulihan bencana karena mengakui peran jejaring sosial

lokal dan keterlibatan masyarakat dalam merencanakan pengurangan kerentanan bahaya dan membuat sistem pulih ((Aldrich & Meyer, 2015; Shaw, 2021)

2.4. Dimensi Social Capital

Modal sosial adalah kepercayaan, norma, dan jaringan yang memfasilitasi kerja sama dan koordinasi antar anggota masyarakat, yang menjadi sangat penting dalam memobilisasi sumber daya dan dukungan selama situasi bencana (Robert Putnam, 2000)

Dimensi-dimensi *social capital* dapat berkontribusi pada kesiapsiagaan rumah sakit: Dimensi Struktural (*Structural Social capital*) dalam Kesiapsiagaan Rumah Sakit, Dimensi Kognitif (*Cognitive Social capital*) dalam Kesiapsiagaan Rumah Sakit, dan Dimensi Relasional (*Relational Social capital*) dalam Kesiapsiagaan Rumah Sakit.

Bonding modal sosial ditandai dengan membangun ikatan dan bantuan yang kuat antara anggota kelompok dan dapat didorong oleh budaya, agama, etnis, dan identitas. Fungsi *Bonding* sangat penting untuk memberikan dukungan emosional, bantuan sehari-hari, dan penguatan identitas kelompok. Dalam konteks

bencana, *bonding* membantu masyarakat untuk saling mendukung pada tingkat lokal atau komunitas kecil, terutama melalui hubungan yang intim seperti keluarga dan teman dekat.

Bridging merujuk pada hubungan antarindividu atau kelompok yang berbeda dalam hal latar belakang sosial, etnis, atau ekonomi. Ini adalah modal sosial yang menghubungkan berbagai kelompok sosial yang mungkin tidak memiliki kesamaan yang kuat, tetapi tetap berinteraksi secara positif. Fungsi *bridging* membantu memperluas jaringan sosial di luar kelompok homogen dan memfasilitasi akses ke informasi, sumber daya, dan peluang baru yang lebih beragam. *Bridging* memperkuat kapasitas masyarakat dengan menghubungkan mereka ke jaringan luar yang memiliki lebih banyak sumber daya dan pengetahuan.

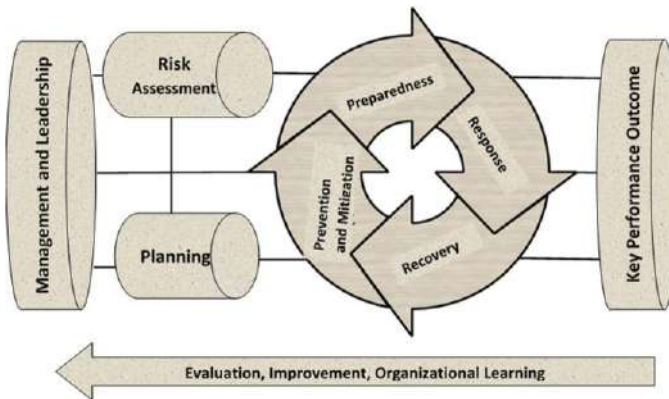
Linking merujuk pada hubungan vertikal antara individu atau kelompok dengan institusi formal, seperti pemerintah, lembaga, atau organisasi yang memiliki kekuasaan dan sumber daya yang lebih besar. Modal sosial pengait mencerminkan keterhubungan masyarakat dengan struktur kekuasaan yang berada di luar komunitas mereka.

Fungsi *linking* memungkinkan masyarakat untuk mengakses sumber daya dan dukungan dari institusi formal, seperti bantuan bencana dari pemerintah, pelatihan kesiapsiagaan dari lembaga penanggulangan bencana, atau akses ke informasi peringatan dini.

Keterkaitan ketiga dimensi dalam kesiapsiagaan bencana

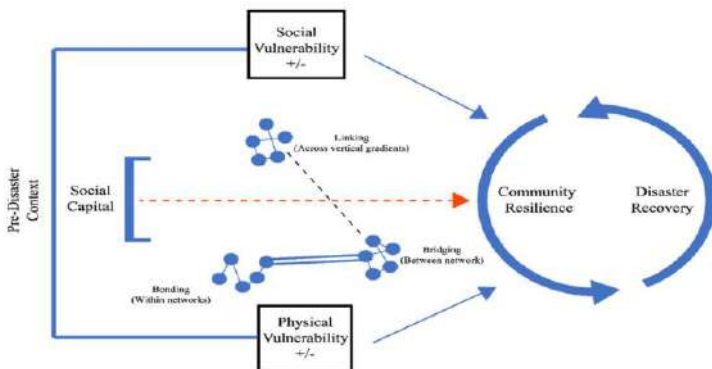
- a) *Bonding* menyediakan dukungan lokal dan membangun solidaritas yang kuat di antara anggota komunitas terdekat, tetapi mungkin terbatas dalam hal akses ke sumber daya eksternal.
- b) *Bridging* memungkinkan komunitas untuk terhubung dengan kelompok yang lebih luas dan beragam, memperluas akses terhadap informasi dan sumber daya.
- c) *Linking* menghubungkan masyarakat dengan lembaga formal dan aktor yang memiliki otoritas, yang sangat penting dalam mendapatkan bantuan skala besar atau dukungan kebijakan.

Ketiga dimensi modal sosial ini penting untuk menciptakan sistem kesiapsiagaan bencana yang efektif.



Arab MA, Khankeh HR, Mosadeghrad AM, Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:287–96.

Gambar 1. Kerangka Hospital Disaster Risk Management Evaluation Model



Gambar 2. Kerangka Social capital dalam Pemulihan Bencana(Delilah Roque Et Al., 2020)(Arab, 2019)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan metode campuran (*mixed method research*) dengan *Exploratory Sequential Mixed Methods* yang terdiri dari tiga tahap yaitu:

1. Tahap 1 (satu) yaitu tahap explorasi dengan pendekatan fenomenologi kepada para ahli di bidang *disaster health management*, pengambil kebijakan ketahanan kesehatan, praktisi rumah sakit dan kebencanaan, dan akademisi. Informan yang mengikuti wawancara diantaranya Kementerian Kesehatan Pusat Krisis Kesehatan, akademisi, praktisi rumah sakit, dan praktisi kebencanaan (Pusat Krisis Kementerian Kesehatan, Direktorat Surveilans dan Karantina Kementerian Kesehatan, WHO, PMI, MDMC, UNFPA, RS Swasta, Pusat Kesehatan TNI).
2. Tahap 2 ini merupakan fase pengembangan lapangan untuk menganalisis keterpakaian model di lingkungan nyata (studi kasus di 5 RS Jawa Barat). Melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen di rumah

sakit terpilih untuk memahami potensi operasional. Uji validasi dan pengembangan model secara kualitatif dilakukan pada rumah sakit terpilih dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen pada rumah sakit umum di Jawa Barat. Rumah sakit termasuk kategori rumah sakit rujukan bencana, yang mencakup kategori rumah sakit swasta, pemerintah, dengan kategori wilayah risiko tinggi. Responden untuk rumah sakit ialah direktur atau manager bidang (pengambil kebijakan), dokter/perawat, staf non medik yang banyak interaksi dengan mitra/ pasien, dan mitra/ pihak eksternal rumah sakit. Informan kualitatif dipilih secara purposive untuk memberikan wawasan mendalam terhadap kontruk model.

3. Tahap 3 (tiga) dengan memastikan model memenuhi standar ilmiah dan kebijakan pemerintah. Melakukan validitas eksternal dengan menyampaikan model dan memperoleh timbal balik penilaian dari perwakilan rumah sakit yang diwakili oleh wakil direktur, manajer sarana prasarana dan pembimbing K3 ahli Madya yang menilai dan memberikan rekomendasi evaluasi prediktif implementasi model di rumah sakit.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Jawa Barat berdasarkan wilayah yang ditetapkan oleh peneliti. Penelitian dilakukan pada Januari 2025 sampai dengan Desember 2026 dengan dilakukan melalui 3 tahap penelitian.

3.3 Populasi dan Sample Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit yang bertugas di rumah sakit wilayah provinsi Jawa Barat. Penentuan sampel dilakukan dengan dengan purposive dan kesediaan rumah sakit menjadi sampel. (Palinkas Et Al., 2016)

Sampel pada penelitian (tahap 2 kuantitatif, survey) ini adalah tenaga kesehatan rumah sakit (pemerintah dan swasta) di wilayah Jawa Barat. Besar sampel survey online dilakukan menggunakan kriteria number of thumbs yang menyebutkan minimal 10 untuk setiap dimensi dimana terdapat 110 responden dari rumah sakit di wilayah Jawa Barat.(Lawrence A Et Al., 2015)

3.4 Analisis Data

Data dianalisis secara tematik untuk mengidentifikasi pola, tema, dan hubungan terkait social capital serta penyebab masalah dalam kesiapsiagaan rumah sakit. Content analysis untuk menilai relevansi,

keberterimaan, dan aplikabilitas model.(Im Et Al., 2023)
Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode *Partial Least Squares Structural Equation Modeling* (SEM-PLS) dengan bantuan perangkat lunak SmartPLS.

3.5 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia No: Ket-50/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2025.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Eksplorasi Dimensi dan Indikator Modal Sosial, Kesiapsiagaan dan Ketahanan Rumah Sakit

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa modal sosial dipahami sebagai aset strategis yang mendukung kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit dalam menghadapi bencana. Informan memaknai modal sosial sebagai kekuatan yang dibangun melalui kepercayaan, komunikasi, koordinasi, kepemimpinan, budaya kolektif, dan jejaring kerja sama yang memungkinkan rumah sakit memperoleh dukungan sumber daya saat krisis. Rumah sakit dipandang tidak dapat berdiri sendiri, sehingga optimalisasi modal sosial menjadi strategi penting untuk mengintegrasikan aspek sosial ke dalam sistem kesiapsiagaan melalui hubungan yang saling percaya dan saling menguntungkan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa bonding social capital merupakan fondasi utama yang memperkuat kapasitas internal rumah sakit. Dimensi ini dibangun melalui pengembangan SDM, kepercayaan, komunikasi, kerja sama tim, kepemimpinan, budaya organisasi, serta rasa memiliki (*sense of belonging*) di antara seluruh staf. Selain hubungan internal, bonding juga tercermin pada

hubungan baik dengan masyarakat sekitar rumah sakit yang berpotensi menjadi sumber dukungan saat kapasitas rumah sakit tidak mencukupi pada situasi bencana. Pemberdayaan masyarakat sekitar sebagai bagian dari konsep *safe hospital* memperkuat kemampuan rumah sakit dalam memperluas pelayanan ketika terjadi krisis.

Bonding social capital semakin diperkuat melalui dukungan psikososial kepada tenaga kesehatan, integrasi seluruh unit kerja dalam penanganan bencana, serta nilai-nilai spiritual dan filantropi pada rumah sakit berbasis sosial. Pendanaan melalui zakat, infak, dan wakaf menjadi bentuk modal sosial yang memperkuat kepercayaan publik sekaligus meningkatkan kapasitas rumah sakit dalam mempertahankan pelayanan kesehatan selama situasi darurat.



Gambar 1. Hasil Eksplorasi Tahap 1

Bridging social capital menunjukkan pentingnya jejaring horizontal antara rumah sakit dengan berbagai mitra eksternal, seperti rumah sakit lain, puskesmas, organisasi profesi, perguruan tinggi, organisasi kemanusiaan, PMI, sektor swasta, media, relawan, penyedia logistik, dan masyarakat. Kolaborasi tersebut mendukung sistem rujukan, distribusi logistik, penyediaan darah, mobilisasi relawan, pelaksanaan simulasi bersama, serta pertukaran informasi selama bencana. Jejaring ini dipelihara melalui koordinasi dan komunikasi yang berkelanjutan sehingga dapat diaktifkan secara cepat ketika terjadi krisis, sekaligus memperluas kapasitas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan.

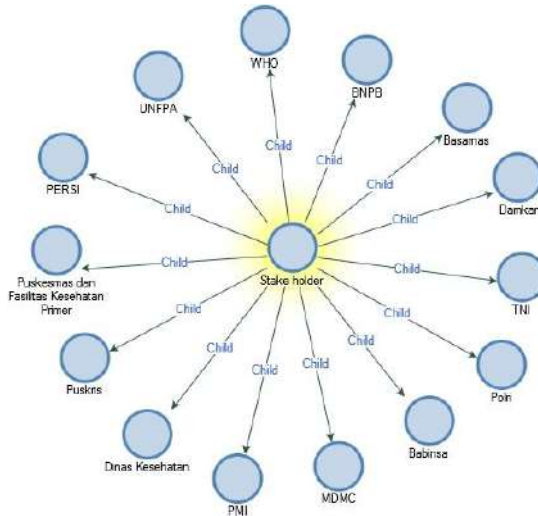
Linking social capital menggambarkan hubungan vertikal rumah sakit dengan pemerintah, dinas kesehatan, BPBD, kementerian, TNI/Polri, serta lembaga nasional dan internasional. Hubungan ini diwujudkan melalui kebijakan, regulasi, pembentukan klaster kesehatan, penyusunan *Hospital Disaster Plan*, pendampingan *Safe Hospital*, serta dukungan pendanaan, logistik, tenaga kesehatan, dan bantuan teknis. Temuan penelitian menunjukkan bahwa hubungan vertikal yang kuat mempermudah akses terhadap sumber daya strategis, mempercepat koordinasi lintas sektor, dan memperkuat integrasi rumah sakit dalam sistem penanggulangan bencana nasional, sehingga meningkatkan kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit secara berkelanjutan.

4.2 Domain dan Indikator Model Social Capital di Rumah Sakit



Seluruh pernyataan indikator terdiri dari 78 pernyataan indikator yang terdiri dari 3 indikator pada domain komitmen dan pola pikir manajemen, 10 indikator pada domain perencanaan dan kebijakan, 8 indikator pada domain pelatihan dan simulasi, 6 indikator pada domain sistem manajemen dan SDM, 12 indikator pada domain kapasitas operasional dan ketahanan, 5 indikator pada domain rujukan dan kesehatan reproduksi, 10 indikator jejaring formal dan kerjasama eksternal, 8 indikator pada domain jejaring informal dan komunitas, 6 indikator pada domain kepercayaan (trust), 4 indikator pada domain kepatuhan dan regulasi, dan 6 indikator pada domain komunikasi dan informasi. Berikut merupakan tabel hasil wawancara mendalam yang telah dikelompokkan dan menjadi domain dan indikator untuk survey social capital

dalam kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit dalam menghadapi bencana:



Gambar 2. Stakeholder yang berperan dalam kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit dalam menghadapi bencana

Hasil eksplorasi diperoleh berikut ini sebagai stakeholder yang berperan dalam manajemen bencana di rumah sakit dan menjadi modal awal dalam memperkuat social capital di rumah sakit.

4.3 Pengembangan dan Validasi Model Eksplorasi Dimensi Modal Sosial dan Analisis Kesiapsiagaan Dasar

Tahap pengembangan model dilakukan melalui eksplorasi dan validasi dimensi bonding, bridging, dan linking social capital pada lima rumah sakit dengan karakteristik yang berbeda di Provinsi Jawa Barat, yaitu

rumah sakit pemerintah kelas A, rumah sakit pemerintah kelas B, dan rumah sakit swasta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga dimensi modal sosial saling melengkapi dalam membangun kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit terhadap bencana. *Dimensi bonding* memperkuat kapasitas internal melalui kepercayaan, solidaritas, komunikasi, kepemimpinan, nilai organisasi, dan budaya gotong royong yang memungkinkan tenaga kesehatan bekerja secara adaptif dalam situasi krisis. *Bonding social capital* merupakan fondasi utama dalam membangun kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit terhadap bencana melalui penguatan solidaritas internal, kepercayaan, dan kerja sama antarstaf.

Penguatan dimensi ini didukung oleh budaya lokal seperti *Saduluran*, *Someah*, dan *Gercep*, serta nilai-nilai spiritual berupa ibadah, jihad kemanusiaan, dan filosofi *Employee of Allah* yang menumbuhkan komitmen dan kepedulian dalam memberikan pelayanan pada situasi krisis. Bonding juga diperkuat melalui mekanisme komunikasi informal, seperti grup WhatsApp lintas profesi dan sistem backup staf yang memungkinkan koordinasi dan mobilisasi sumber daya berlangsung cepat. Namun, penelitian juga menemukan beberapa hambatan internal, antara lain masih adanya *blaming culture*, budaya senioritas yang menghambat komunikasi terbuka, serta persepsi bahwa kesiapsiagaan bencana hanya menjadi tanggung jawab unit K3. Temuan ini menunjukkan bahwa penguatan bonding social capital memerlukan integrasi

budaya organisasi, nilai spiritual, komunikasi yang efektif, dan kepemimpinan kolaboratif untuk menciptakan kohesi organisasi yang mendukung kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit.

Dimensi bridging memperluas kapasitas rumah sakit melalui jejaring horizontal dengan rumah sakit lain, puskesmas, BPBD, PMI, perguruan tinggi, sektor swasta, relawan, media, dan masyarakat sehingga mempercepat koordinasi, mobilisasi sumber daya, sistem rujukan, serta distribusi bantuan. bridging social capital berperan dalam memperkuat kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit melalui kolaborasi horizontal lintas organisasi dengan pendekatan pentahelix. Jejaring ini melibatkan sektor swasta (seperti Astra), akademisi (Universitas Pertahanan dan ITB), lembaga pakar (BRIN dan BAPETEN), komunitas dan relawan (Tzu Chi, Pemuda Gempa, PUAS/ASB), serta organisasi kemanusiaan seperti Disaster Management Center (DMC) dan LKC Dompot Dhuafa.

Kolaborasi diwujudkan melalui inovasi operasional, seperti platform ScarHub untuk koordinasi pra-rumah sakit, jejaring paguyuban ambulans, dukungan logistik, bantuan tenaga relawan, penyediaan peralatan dan oksigen, pelatihan bersama, serta pertukaran pengetahuan dan teknologi. Temuan ini menunjukkan bahwa bridging social capital memperluas akses rumah sakit terhadap sumber daya, mempercepat koordinasi lintas sektor, memperkuat sistem rujukan dan respons bencana, serta

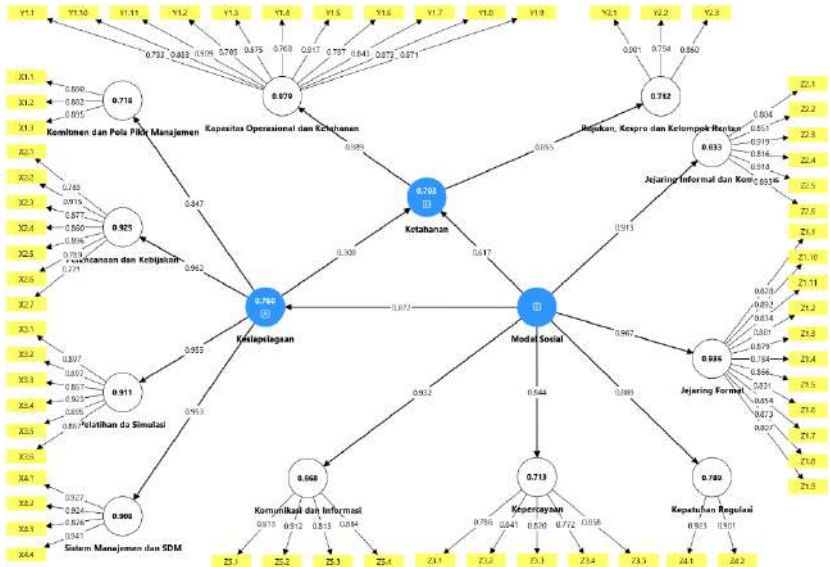
meningkatkan kapasitas adaptasi rumah sakit dalam menghadapi situasi krisis.

Sementara itu, dimensi linking memperkuat hubungan vertikal dengan pemerintah, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, BPBD, BNPB, dan lembaga pendukung lainnya untuk memperoleh akses terhadap kebijakan, pendanaan, logistik, pelatihan, serta koordinasi dalam sistem penanggulangan bencana.

4.4 Hubungan Modal Sosial, Kesiapsiagaan dengan Ketahanan Rumah Sakit

Hasil analisis kuantitatif pada 110 responden menunjukkan bahwa responden didominasi oleh perempuan (64,5%), dengan sebagian besar bekerja di rumah sakit pemerintah (69,1%). Berdasarkan profesi, mayoritas responden adalah perawat (64 orang), diikuti manajemen rumah sakit (13 orang) dan dokter (11 orang), yang mencerminkan keterlibatan tenaga kesehatan lini depan dalam penelitian ini. Sebagian besar responden berasal dari rumah sakit kelas B (59,1%), disusul rumah sakit kelas C (34,5%) dan kelas A (6,4%). Responden memiliki pengalaman kerja yang cukup panjang dengan rata-rata lebih dari lima tahun, rentang masa kerja kurang dari satu hingga 36 tahun, sehingga memiliki pengalaman yang memadai dalam menghadapi kondisi kedaruratan. Jenis bencana yang paling banyak pernah dialami adalah COVID-19 (91 responden), diikuti gempa bumi (58), banjir (51), longsor (20), dan kebakaran (18),

menunjukkan bahwa responden memiliki pengalaman menghadapi berbagai jenis bencana yang relevan dengan penguatan kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit.



Gambar 3. Hasil Analisis Evaluasi Outer (Hubungan Indikator dengan Dimensi) Model SEM PLS

Validitas Konvergen (Outer Loading dan AVE):

Syarat sebuah indikator dikatakan valid secara konvergen adalah nilai outer loading > 0.70 dan nilai Average Variance Extracted (AVE) > 0.50 . Berdasarkan tabel, seluruh indikator (X, Y, Z beserta turunannya) memiliki nilai outer loading di atas batas yang disyaratkan. Nilai AVE untuk variabel X (0.869), Y (0.885), dan Z (0.837)

juga sangat baik karena jauh melampaui 0.50. Hal ini membuktikan bahwa indikator-indikator tersebut valid dan mampu merepresentasikan konstruksinya.

Reliabilitas (Cronbach's Alpha dan Composite Reliability): Syarat instrumen yang reliabel adalah nilai Cronbach's alpha > 0.70 dan Composite Reliability (CR) > 0.70 . Hasil analisis menunjukkan semua variabel memiliki nilai Cronbach's Alpha dan CR di atas 0.85. Sebagai contoh, variabel Z memiliki Cronbach's alpha sebesar 0.951 dan CR 0.962. Ini menunjukkan bahwa seluruh instrumen pengukur memiliki konsistensi internal yang sangat tinggi. Kriteria Fornell-Larcker memenuhi syarat validitas diskriminan. Cross Loading membuktikan validitas diskriminan telah tercapai dengan baik. Nilai Variance Inflation Factor (VIF) VIF tertinggi adalah 4.186 (pada jalur Kesiapsiagaan \rightarrow Ketahanan dan Modal Sosial \rightarrow Ketahanan) tidak terjadi masalah multikolinearitas dalam model ini.

Variabel Kesiapsiagaan memiliki nilai R-square 0.761. Artinya, sebesar 76.1% varians dalam Kesiapsiagaan dapat dijelaskan oleh variabel Modal Sosial, masuk dalam kategori kuat. Variabel Ketahanan memiliki nilai R-square 0.852. Artinya, sebesar 85.2% varians dalam Ketahanan dijelaskan secara bersama-sama

oleh Kesiapsiagaan dan Modal Sosial. Model ini dikategorikan sangat kuat. Hasil F square menunjukkan bahwa :

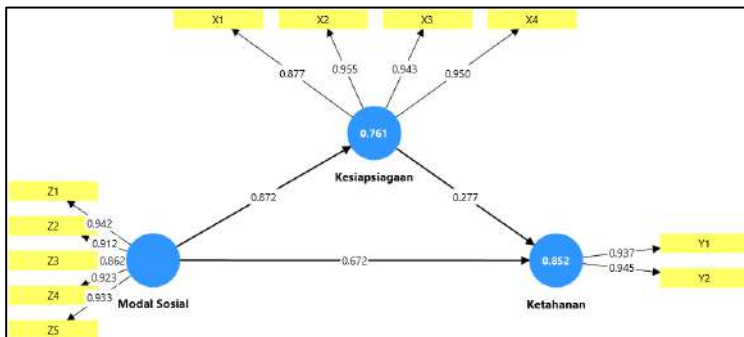
1. Hubungan Modal Sosial terhadap Kesiapsiagaan memiliki nilai F-square sangat besar yaitu 3.186.
2. Hubungan Modal Sosial terhadap Ketahanan memiliki nilai F-square besar yaitu 0.729.
3. Hubungan Kesiapsiagaan terhadap Ketahanan memiliki nilai 0.124, yang menunjukkan efek berskala kecil mendekati sedang.

Pengujian ini melihat nilai Original Sample (koefisien jalur), T-Statistics, dan P-values untuk membuktikan hipotesis. Syarat signifikansi biasanya T-statistics > 1.96 dan P-values < 0.05 .

1. Kesiapsiagaan terhadap Ketahanan: Memiliki nilai original sample positif sebesar 0.277, T-statistik 2.390 (>1.96), dan p-value 0.017 (<0.05). Artinya, Kesiapsiagaan berpengaruh positif dan signifikan terhadap Ketahanan.
2. Modal Sosial terhadap Kesiapsiagaan: Memiliki nilai original sample yang sangat besar yaitu 0.872, T-statistik 29.415, dan p-value 0.000. Artinya, Modal

Sosial memberikan pengaruh positif dan sangat signifikan terhadap Kesiapsiagaan.

3. Modal Sosial terhadap Ketahanan: Memiliki original sample 0.672, T-statistik 7.027, dan p-value 0.000. Artinya, Modal Sosial secara langsung memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap Ketahanan.



Gambar 4. Hasil Analisis Evaluasi Outer (Hubungan Indikator dengan Dimensi) Model SEM PLS

Pengujian Pengaruh Tidak Langsung (Indirect Effect / Mediasi) Jalur Modal Sosial -> Kesiapsiagaan -> Ketahanan menghasilkan nilai original sample sebesar 0.242, T-statistics 2.385, dan p-value 0.017 (<0.05). Hasil ini membuktikan bahwa Kesiapsiagaan mampu berperan sebagai variabel pemediasi (mediator) yang signifikan dalam menyalurkan pengaruh dari Modal Sosial terhadap Ketahanan. Mengingat pengaruh langsung Modal Sosial

ke Ketahanan juga signifikan, ini tergolong ke dalam bentuk partial mediation (mediasi parsial).

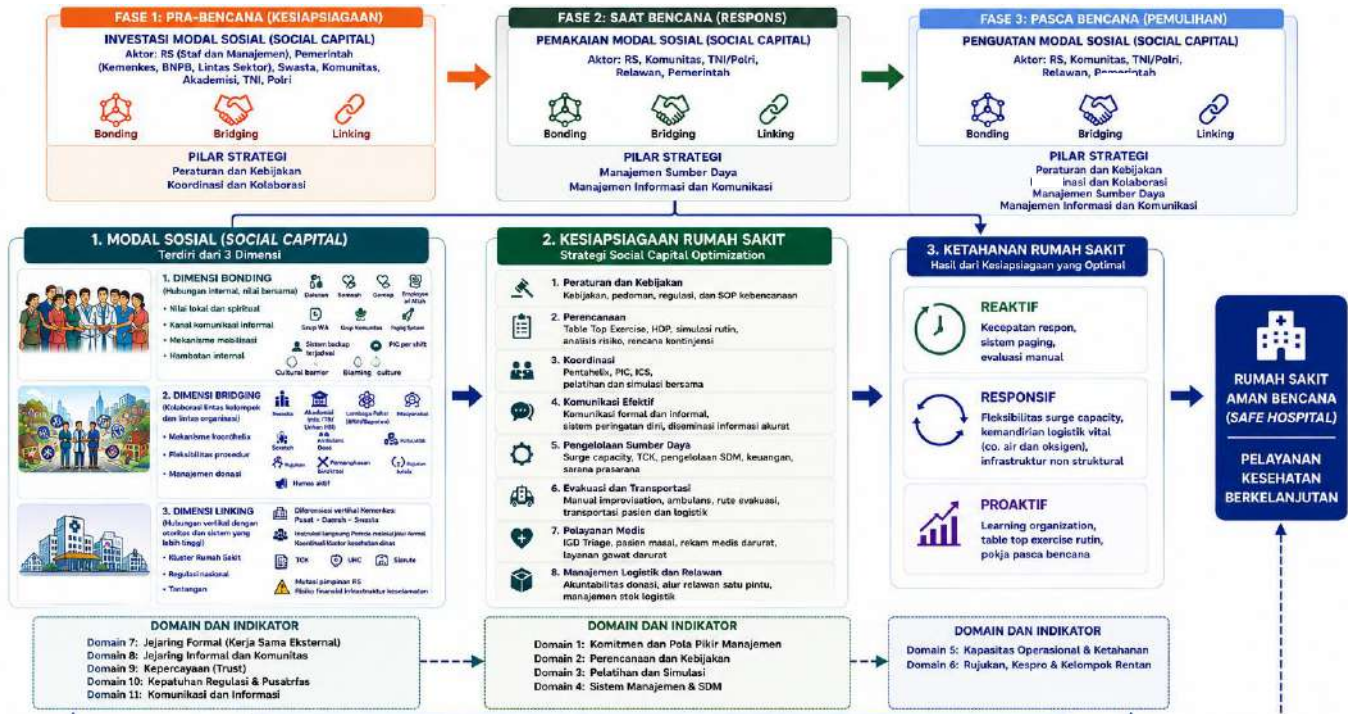
Hasil analisis menunjukkan bahwa modal sosial berpengaruh positif terhadap kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana. Temuan ini menegaskan bahwa kesiapsiagaan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan sarana, prasarana, dan pelatihan teknis, tetapi juga oleh kualitas hubungan sosial yang terbangun di dalam maupun di luar organisasi. Modal sosial melalui kepercayaan, komunikasi, jejaring, dan kolaborasi menjadi fondasi yang memungkinkan koordinasi lebih cepat, adaptif, dan efektif saat krisis. Besarnya pengaruh ini juga dipengaruhi oleh pengalaman rumah sakit dalam menghadapi bencana serta tuntutan akreditasi yang mendorong penguatan jejaring dan kolaborasi sebagai bagian dari pemenuhan standar kesiapsiagaan.

Modal sosial juga menunjukkan pengaruh yang sangat kuat terhadap ketahanan rumah sakit. Ketahanan tidak hanya ditentukan oleh rencana kesiapsiagaan, tetapi juga oleh kemampuan rumah sakit membangun jejaring formal dan informal, memobilisasi sumber daya, mempertahankan pelayanan, beradaptasi, dan

mempercepat pemulihan selama maupun setelah bencana. Dengan demikian, modal sosial menjadi fondasi utama kapasitas adaptif dan kapasitas pemulihan organisasi. Hubungan yang kuat ini juga dipengaruhi oleh pengalaman responden yang sebagian besar pernah menghadapi berbagai jenis bencana.

Sebaliknya, pengaruh kesiapsiagaan terhadap ketahanan berada pada kategori kecil hingga sedang, menunjukkan bahwa kesiapsiagaan merupakan faktor penting, tetapi belum cukup untuk menghasilkan ketahanan organisasi. Kesiapsiagaan lebih berorientasi pada aspek teknis, seperti perencanaan, pelatihan, simulasi, dan prosedur, yang dalam praktiknya sering belum dilakukan secara berkelanjutan atau belum melibatkan seluruh unit dan mitra eksternal. Oleh karena itu, rumah sakit yang siap belum tentu tangguh apabila tidak didukung oleh modal sosial yang kuat.

4.5 Model Social Capital





Gambar 5 Pengembangan Model Social Capital

1. FASE MANAJEMEN BENCANA dan PILAR STRATEGI

Fase Bencana	Aktivitas Modal Sosial	Aktor Terkait	Pilar Strategi Utami
Pra-Bencana (Kesiapsiagaan)	Investasi Modal Sosial (<i>Social capital Investment</i>)	RS (Staf dan Manajemen), Pemerintah (Kemenkes, BNPB, Pemda), Lintas Sektor, Swasta, Komunitas, Akademisi, TNI, Polri	<ul style="list-style-type: none"> • Peraturan dan Kebijakan • Koordinasi dan Kolaborasi
Saat Bencana (Respons)	Pemakaian Modal Sosial (<i>Social capital Utilization</i>)	RS, Komunitas, TNI/Polri, Relawan, Pemerintah (Kemenkes, BNPB, Pemda)	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Sumber Daya • Manajemen Informasi dan Komunikasi
Pasca Bencana (Pemulihan)	Penguatan Modal Sosial (<i>Social capital Reinforcement</i>)	RS, Komunitas, TNI/Polri, Relawan, Pemerintah	<ul style="list-style-type: none"> • Peraturan dan Kebijakan • Koordinasi dan Kolaborasi • Manajemen Sumber Daya • Manajemen Informasi dan Komunikasi

2. DIMENSI MODAL SOSIAL (*BONDING, BRIDGING, LINKING*)

Dimensi Modal Sosial	Fokus Utama	Komponen Pokok dan Indikator	Tantangan / Hambatan
Dimensi <i>Bonding</i> (Koheasi Internal)	Solidaritas internal, kepercayaan antar-staf, dan penguatan budaya keselamatan kerja.	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai Lokal dan Spiritual (e.g., saduluran, Gotong Royong) • Kanal Komunikasi Informal (e.g., WA Group, Group Keagamaan) • Kanal Komunikasi Formal (e.g., Paging System, Briefing Ruangan) • Mekanisme Mobilisasi Internal (e.g., sistem backup terjadwal, PIC per shift) 	Hambatan Internal (e.g., cultural barrier, blaming culture, asumsi K3)
Dimensi <i>Bridging</i> (Jejaring Horizontal)	Hubungan horizontal dengan pihak luar, komunitas, dan	<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi Pentahelix (e.g., Swasta, Akademisi e.g. ITB/Unpad/HSN, Lembaga Donor, Masyarakat) • Mekanisme Koordinasi Terbuka 	Ketidakpastian alur logistik, ego sektoral antar-lembaga pendukung

	organisasi setara.	(e.g., Ambulans Desa, PUAS/ASRI) <ul style="list-style-type: none"> • Fleksibilitas Prosedur Rujukan (e.g., pemangkasan birokrasi, rujukan krisis) • Manajemen Donasi dan Logistik (e.g., Humas Aktif, koordinasi bantuan komunitas) 	
Dimensi <i>Linking</i> (Hubungan Otoritas)	Hubungan vertikal dengan otoritas pembuat kebijakan dan sistem makro.	<ul style="list-style-type: none"> • Klaster Rumah Sakit (e.g., Diferensiasi Vertikal Kemenkes vs Daerah/Swasta) • Jalur Koordinasi Otoritas (e.g., instruksi langsung Pemda via Jalur Langsung WA, Klaster Kesehatan Dinas) • Regulasi Nasional Terintegrasi (e.g., Petunjuk Teknis Tenaga Cadangan Kesehatan/TCK, UHC, Sisrute) 	Tantangan Struktural (e.g., Mutasi pimpinan RS yang cepat, restu finansial fasyankes, infrastruktur keselamatan)

	<ul style="list-style-type: none"> • Advokasi Kebijakan dan Pendanaan Krisis 	
--	---	--

3. INTERVENSI STRATEGI KESIAPSIAGAAN RUMAH SAKIT

8 Langkah Intervensi	Detail Implementasi Operasional
1. Peraturan dan Kebijakan	Penyusunan regulasi internal RS yang melegalkan mobilisasi modal sosial, HDP (Hospital Disaster Plan), dan alur komando darurat.
2. Perencanaan	Pelaksanaan <i>Table Top Exercise</i> (TTE) berkala, pembaruan dokumen kesiapsiagaan, dan simulasi rutin lintas unit.
3. Koordinasi	Aktivasi Incident Command System (ICS), pembagian peran Pentahelix, PIC yang jelas, dan latihan bersama instansi luar (TNI/Polri/BPBD).
4. Komunikasi Efektif	Pemanfaatan jalur komunikasi formal (paging, radio medik) dan informal (grup siber/WA) guna meminimalkan distorsi informasi.

5. Pengelolaan Sumber Daya	Manajemen <i>surge capacity</i> (lonjakan pasien), penyiapan Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK), dan jaminan keselamatan petugas.
6. Evakuasi dan Transportasi	Penyusunan jalur evakuasi taktis, integrasi ambulans desa/komunitas, mekanisme evakuasi manual jika sistem gagal.
7. Pelayanan Medis Darurat	Penerapan sistem IGD Triage bencana, penanganan pasien massal, serta rekam medis darurat yang ringkas namun akuntabel.
8. Manajemen Logistik dan Relawan	Akuntabilitas penerimaan donasi, sistem logistik vital mandiri (air, oksigen, listrik), dan alur pengelolaan relawan satu pintu.

4. HASIL AKHIR: KETAHANAN RUMAH SAKIT (HOSPITAL RESILIENCE)

Kategori Resiliensi	Karakteristik Operasional di Rumah Sakit	Target Capaian Akhir (Goal)
REAKTIF	Kecepatan merespons sesaat setelah bencana terjadi, aktivasi sistem paging darurat, dan evakuasi manual fungsional.	RUMAH SAKIT AMAN BENCANA <i>(Safe Hospital)</i>

RESPONSIF	Fleksibilitas kapasitas lonjakan (<i>surge capacity</i>), kemandirian pasokan logistik vital (co. air, oksigen, listrik), serta kekuatan infrastruktur non-struktural.	dan PELAYANAN KESEHATAN BERKELANJUTAN
PROAKTIF	Menjadi <i>Learning Organization</i> , pelaksanaan evaluasi pasca-bencana secara jujur (debriefing), simulasi berkala, dan penguatan pokja pasca-bencana.	

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. Kesimpulan

Adapun simpulan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Modal sosial berperan strategis dalam memperkuat kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit terhadap bencana di Provinsi Jawa Barat melalui penguatan kepercayaan, kolaborasi, koordinasi, dan solidaritas. Hasil penelitian mengidentifikasi empat domain kesiapsiagaan, dua domain ketahanan, dan lima domain modal sosial, yang dijabarkan ke dalam 78 indikator sebagai dasar pengembangan Model *Social Capital* dan penguatan kapasitas rumah sakit.
2. Penelitian ini menghasilkan Model *Social Capital* yang mengintegrasikan dimensi bonding, bridging, dan linking social capital untuk memperkuat kesiapsiagaan dan ketahanan rumah sakit terhadap bencana di Jawa Barat. Model terbukti valid dan reliabel, dengan pengaruh kuat modal sosial terhadap kesiapsiagaan dan ketahanan, serta pengaruh tidak langsung melalui kesiapsiagaan (mediasi parsial), sehingga layak menjadi dasar penyusunan kebijakan berbasis bukti. Bonding mencakup kepercayaan antarstaf, solidaritas, dan nilai kebersamaan; bridging meliputi jejaring kerja sama antar rumah sakit dan kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan eksternal, seperti Persatuan Ambulans, PMI, HEOC,

dan program CSR; sedangkan linking mencakup hubungan dengan pemerintah, organisasi profesi, dan lembaga pendukung untuk memperoleh sumber daya, informasi, serta dukungan kebijakan melalui Klaster Kesehatan dan pendampingan Pusat Krisis.

3. Hasil evaluasi perwakilan RS menyatakan bahwa model dapat diimplementasikan di RS, 3 perwakilan RS memberikan rekomendasi dapat diimplementasikan dengan penilaian rata-rata 4 pada setiap komponene penilaian. Model ini dapat menjadi kerangka konseptual dan praktis dalam upaya memperkuat ketahanan rumah sakit terhadap bencana di Provinsi Jawa Barat.

5.2. Rekomendasi

Adapun rekomendasi hasil penelitian ini sebagai berikut:

1. Kementerian Kesehatan

- Memperkuat Pendampingan Penyusunan Hospital Disaster Plan yang aplikatif dan memenuhi aspek social capital sebagai pendorong pelaksanaan kesiapsiagaan terhadap bencana.
- Penguatan hubungan dan relasi antara Pusat Krisis Kesehatan dengan rumah sakit swasta dan pemerintah dengan melibatkan Direktur RS dan Kepala Komite K3/MFK Rumah Sakit.

2. Rumah Sakit

- Melakukan pemetaan sosial mitra berdasarkan dimensi bonding, bridging, dan linking, mencakup RT/RW, pangkalan ojek, puskesmas, partai politik,

sektor swasta, dan relawan lokal beserta kontak serta potensi dukungannya, yang diintegrasikan ke dalam SOP Aktivasi Penanggulangan Bencana Rumah Sakit.

- Membentuk Disaster Forum melalui pertemuan koordinasi triwulanan dengan tokoh masyarakat, Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD), Koramil, Polsek, dan LSM lokal untuk memperkuat koordinasi dan kepercayaan (trust-building).
- Mengalokasikan anggaran pemeliharaan relasi dalam Rencana Kerja dan Anggaran tahunan untuk mendukung kegiatan penguatan modal sosial, seperti program CSR kesehatan dan pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) bagi relawan.

3. Organisasi Profesi

- Melakukan sharing best practice penerapan social capital di RS anggota.
- Menyediakan template form inventarisasi kemitraan bencana yang dapat diunduh dan digunakan langsung oleh seluruh anggota di Indonesia.

4. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit

- Penambahan Elemen Penilaian (EP) Baru: Mereview dan meninjau 2 Elemen Penilaian (EP) pada Standar Akreditasi Rumah Sakit Bab MFK (Manajemen Fasilitas dan Keselamatan) terkait bencana, yaitu:
- Adanya dokumen bukti pemetaan sosial (social mapping) ekosistem sekitar RS.

- Adanya bukti pelaksanaan forum koordinasi bencana konkrit bersama masyarakat minimal 1 kali setahun.

5. Perguruan Tinggi Kesehatan

- Kajian Mata Kuliah Manajemen Bencana: Memasukkan sub-pokok bahasan "Sosiologi Kebencanaan: Aplikasi Modal Sosial dalam Ketahanan Rumah Sakit" (berbobot minimal 1-2 SKS) pada kurikulum S2 Manajemen Rumah Sakit (MARS) dan S2/S3 Kesehatan Masyarakat.
- Mengembangkan pusat studi yang fokus meneliti terkait social capital dalam kesiapsiagaan menghadapi bencana dalam bentuk tri dharma/ catur dharma perguruan tinggi.

6. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan implementasi model pada rumah sakit di berbagai wilayah Indonesia guna menguji konsistensi, relevansi, dan keberterimaan model dalam konteks yang lebih spesifik berdasarkan kelompok jenis bencana dan jenis rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldrich, D. P., & Meyer, M. A. (2015). Social Capital and Community Resilience. *American Behavioral Scientist*, *59*(2), 254–269.
<https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Arab, M. A. (2019). Developing a hospital disaster risk management evaluation model. *Risk Management and Healthcare Policy*, *12*, 287–296.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S215444>
- Ayuningtyas, D., Windiarti, S., Hadi, M. S., Fasrini, U. U., & Barinda, S. (2021). Disaster Preparedness and Mitigation in Indonesia: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, *50*(8), 1536–1546.
<https://doi.org/10.18502/ijph.v50i8.6799>
- Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, *35*(8), 1084–1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>
- Delilah Roque, A., Pijawka, D., & Wutich, A. (2020). The Role of Social Capital in Resiliency: Disaster Recovery in Puerto Rico. *Risk, Hazards and Crisis in Public Policy*, *11*(2), 204–235.
<https://doi.org/10.1002/rhc3.12187>
- Fafchamps, M. (2021). Building social capital. *Putting Purpose Into Practice: The Economics of Mutuality*, (2021), 154–162.

<https://doi.org/10.1093/oso/9780198870708.003.0011>

Hanani, R., Rahman, A. Z., & Kristanto, Y. (2021). Social Capital And Resource Mobilization During Pandemic: Insight From Jogo Tonggo Program In Central Java. *Jurnal Analisa Sosiologi*, 10(ICOSAPS), 313–325.

Lardo, S. (2023). Heath Security dalam Perspektif Kesehatan Pertahanan: Pembelajaran dari Covid-19. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

Pusat Krisis Kesehatan. (2022). *Penanggulangan Krisis Kesehatan Tahun 2022*.

Robert Putnam. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community - Robert D. Putnam - Google Books*.
[https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=rd2ibodep7UC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Putnam,+R.+D.+\(2000\).+Bowling+alone:+The+collapse+and+revival+of+American+community.+New+York,+NY:+Simon+and+Schuster.+&ots=G7I9uYskX0&sig=LhSd5JYJHChE2-3uKVj4CWIKpg4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=rd2ibodep7UC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Putnam,+R.+D.+(2000).+Bowling+alone:+The+collapse+and+revival+of+American+community.+New+York,+NY:+Simon+and+Schuster.+&ots=G7I9uYskX0&sig=LhSd5JYJHChE2-3uKVj4CWIKpg4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Sadeka, S., Suhaimi, M., Md, M., Kabir, S., Abul, S., & Al-Amin, Q. (n.d.). *Vulnerability, Social Capital and Disaster Preparedness*.

Shaw, J. (2021). Recommendations for health equity and virtual care arising from the COVID-19 pandemic:

Narrative review. In *JMIR Formative Research* (Vol. 5, Number 4). <https://doi.org/10.2196/23233>

UU RI No. 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana (2007).

Yang, Y., Huang, Y., Huang, J., & Nie, F. (2024). The role of social capital in the impact of multiple shocks on households' coping strategies in underdeveloped rural areas. *Scientific Reports*, *14*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65206-x>

CURRICULUM VITAE

Siti Khodijah Parinduri

Email: sikho.parinduri@gmail.com

Siti Khodijah Parinduri adalah kandidat doktor, dosen dan praktisi kesehatan masyarakat yang berpengalaman >5 tahun di nasional khususnya dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan. Pengalaman melakukan penelitian etnografi kesehatan di Aceh, menjadi bagian dari penelitian terkait survey kepuasan dan budaya organisasi di beberapa rumah sakit seperti RSCM, RSUD Bekasi dan beberapa rumah sakit di wilayah Tangerang. Memulai dunia penelitian dari skala rumah sakit sampai dengan skala nasional seperti Riset etnografi kesehatan, riset evaluasi percepatan penanggulangan stunting dan tim penyusun naskah akademik Perda SDMK Banten. Ketertarikannya terhadap manajemen pelayanan kesehatan mendorongnya mengikuti berbagai pelatihan diantaranya pelatihan calon asesor rumah sakit syariah di Jakarta, bimbingan teknis Penyusunan Perencanaan Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit / *Hospital Disaster Plan* (3-5 Desember 2025) di Yogyakarta, Workshop kesehatan reproduksi pada situasi bencana (29-31 Oktober 2025) di Semarang dan banyak pelatihan pelatihan lainnya terkait kebencanaan. Ia merupakan salah satu penerima Beasiswa Pendidikan Indonesia-LPDP yang telah mengajar di Universitas Ibn Khaldun Bogor sejak 2017, dengan tanggung jawab pada peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan dengan jabatan fungsional Lektor. Selain itu, ia terlibat menjadi reviewer pada jurnal *Contagion: Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health* sejak tahun 2025.

Penghargaan

Awardee Beasiswa Pendidikan Indonesia	2022
Tim Penerima Hibah <i>Health Promoting University</i> UGM-Kemenkes	2021
Ketua Tim Hibah Pendidikan Jarak Jauh (PJJ)	2021
Penerima Hibah PDP Kemenristek Dikti	2020
Tim 10 Besar Pemenang Hibah KPK	2019
Perwakilan Debat Bahasa Inggris MTQ Nasional USU	2013
Penerima Beasiswa Pertamina Foundation	2011

Pendidikan

Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia	2022-2026
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia	2015-2017
Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara	2010-2014

Riwayat Pekerjaan

Peneliti Riset Etnografi Kesehatan (Tim Aceh) Litbang Kemenkes	2014
Supervisor Riset Kepuasan Pasien RSUD Bekasi	2015
Enumerator Survey Biogas Rumah Tangga (Bolang Mangondow dan Gorontalo)	2015
Enumerator Survey Kepuasan Pasien RSCM	2016
Enumerator Survey Kepuasan Pasien terhadap DPJP di RSCM	2016
Enumerator Survey Budaya RSCM	2017

<i>Project Officer</i> program CSR Astra-Volunteer Doctor (Bekasi dan Bogor)	2017
Peneliti Evaluasi Percepatan Penanggulangan Stunting (Tim Mamuju) Kemenkes	2018
Asisten Dosen FKM UI (Prof. Dumilah Ayuningtyas M.A.R.S)	2018-2020
Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKES Universitas Ibn Khaldun Bogor	2020-2024
Dosen Tetap Universitas Ibn Khaldun Bogor	2017-sekarang

Publikasi

<i>Hospital Partnership to Strengthen Resilience during Pandemic: A Systematic Review</i> https://seminar.uad.ac.id/index.php/uphec/article/view/18608 <i>Universitas Ahmad Dahlan Public Health Conference Proceeding</i>	2024
<i>A Qualitative Multi-Stakeholder Approach to Hospital Resilience: Integrating Social Capital into Hospital Crisis</i>	Accepted at Jurnal Kesmas UI