

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dasar setiap manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan memerlukan dukungan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, mudah diakses, bermutu, aman, dan terjangkau. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna memiliki peran penting dalam menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, diagnostik, rehabilitatif, serta pelayanan rujukan yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, dan kebutuhan sosial ekonomi masyarakat.

Rumah sakit pemerintah daerah mempunyai fungsi strategis sebagai instrumen pelayanan publik dan fungsi sosial. Di satu sisi rumah sakit wajib menyediakan layanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat, dan di sisi lain harus mampu mengelola sumber daya secara efisien, akuntabel, dan berkelanjutan. Perubahan pola penyakit, peningkatan beban penyakit tidak menular, perkembangan teknologi medis, tuntutan keselamatan pasien, penerapan Jaminan Kesehatan Nasional, transformasi layanan rujukan, serta penerapan standar rawat inap mendorong rumah sakit daerah untuk melakukan modernisasi layanan secara terencana.

RSUD KH Ahmad Hanafiah - Sukadana memiliki peran strategis sebagai rumah sakit pemerintah daerah yang melayani masyarakat Kabupaten Lampung Timur dan wilayah sekitarnya. Kebutuhan masyarakat terhadap layanan rumah sakit berkembang menuju pelayanan yang lebih cepat, aman, terintegrasi, berbasis digital, dan mampu menangani kasus prioritas seperti kegawatdaruratan, penyakit jantung, stroke, diabetes, hipertensi, serta kondisi kritikal yang membutuhkan pelayanan intensif.

Pengembangan Central Medical Unit (CMU) atau Gedung Layanan Terintegrasi dirancang sebagai jawaban terhadap kebutuhan tersebut. CMU diposisikan sebagai Integrated Emergency & Acute Care Building yang mengintegrasikan alur IGD, diagnostik cepat, tindakan emergensi, ICU/ICCU/HCU, rawat inap KRIS, dan layanan jantung dalam satu sistem pelayanan. Dengan integrasi ini, perpindahan pasien dapat dipersingkat, waktu tunggu dapat ditekan, koordinasi lintas unit dapat diperkuat, keselamatan pasien dapat ditingkatkan, dan posisi RSUD KH Ahmad Hanafiah sebagai rumah sakit rujukan regional dapat diperkuat.

Pengembangan CMU juga selaras dengan arah strategis RSUD KH Ahmad Hanafiah tahun 2026-2030, yaitu menjadi rumah sakit rujukan regional yang modern, terintegrasi, unggul dalam pelayanan jantung, berbasis digital, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Rencana ini mendukung kebijakan transformasi layanan rujukan nasional, penguatan KJSU-KIA/SIHREN, penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), serta kebutuhan peningkatan tata kelola BLUD dan digitalisasi rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut, diperlukan dokumen Studi Kelayakan Pengembangan CMU yang mampu memberikan dasar pertimbangan teknis, pelayanan, lokasi, lingkungan, sosial, biaya, keuangan, organisasi, dan risiko secara komprehensif. Studi kelayakan ini menjadi dasar awal bagi pengambilan

keputusan, penyusunan master plan, Detail Engineering Design (DED), Rencana Anggaran Biaya (RAB), strategi pembiayaan, dan rencana implementasi pengembangan CMU.

## **1.2 Maksud dan Tujuan**

Maksud penyusunan Studi Kelayakan Pengembangan CMU RSUD KH Ahmad Hanafiah - Sukadana adalah memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai kelayakan pengembangan gedung layanan terintegrasi dari aspek regulasi, kebutuhan pelayanan, pasar/demand, teknis bangunan, lokasi, lingkungan, sosial, organisasi, SDM, alat kesehatan, digitalisasi, biaya, pembiayaan, dan keuangan.

Tujuan penyusunan studi kelayakan ini adalah sebagai berikut:

1. Mendapatkan informasi dan menganalisis kondisi eksternal Kabupaten Lampung Timur yang meliputi kebijakan, regulasi, geografi, demografi, sosial, ekonomi, budaya, kesehatan masyarakat, sarana kesehatan, dan sistem rujukan.
2. Mendapatkan gambaran mengenai pertumbuhan ekonomi wilayah, PDRB, PDRB per kapita, struktur ekonomi, kemiskinan, ketenagakerjaan, dan indikator makro lain yang memengaruhi kebutuhan dan kemampuan akses layanan kesehatan.
3. Mendapatkan informasi kondisi internal RSUD KH Ahmad Hanafiah yang meliputi jenis layanan, kapasitas pelayanan, SDM, sarana prasarana, alat kesehatan, organisasi, sistem informasi, kinerja pelayanan, dan kinerja keuangan.
4. Mengidentifikasi kebutuhan pengembangan layanan CMU, khususnya IGD modern, emergency cardiac response, diagnostik cepat, ruang tindakan/OK emergensi, ICU/ICCU/HCU, rawat inap KRIS, layanan unggulan jantung, dan dukungan digital.
5. Menyusun dan menganalisis proyeksi permintaan pelayanan CMU berdasarkan potensi pasar, kebutuhan layanan akut, kebutuhan jantung, kebutuhan perawatan intensif, dan sistem rujukan regional.
6. Menilai kebutuhan lahan, kebutuhan ruang, kapasitas bangunan, peralatan medis dan non-medis, sistem MEP, utilitas, SDM, organisasi, dan sistem operasional CMU.
7. Mendapatkan gambaran awal kebutuhan biaya investasi konstruksi, MEP, alat kesehatan, IT, interior, konsultan, perizinan, site development, dan cadangan risiko.
8. Mengidentifikasi alternatif sumber pembiayaan yang memungkinkan, termasuk APBD, DAK, BLUD, dukungan pusat/provinsi, hibah, kerja sama, dan skema lain yang sah.
9. Menyusun kerangka analisis keuangan yang mencakup proyeksi pendapatan, biaya, cashflow, unit cost, klaim JKN/BPJS, dan sensitivitas terhadap perubahan volume layanan, tarif, serta biaya operasional.

**10. Menilai aspek lokasi, lingkungan, sosial, keselamatan, green design, life safety, fire safety, pengelolaan limbah, dan mitigasi dampak pembangunan.**

**11. Memberikan rekomendasi kelayakan pengembangan CMU secara teknis, pelayanan, ekonomi, finansial, sosial, lingkungan, dan operasional.**

**12. Menyusun rekomendasi tindak lanjut menuju master plan, DED, RAB, dokumen lingkungan, strategi pembiayaan, penguatan SDM, pengadaan alkes, digitalisasi, dan implementasi bertahap.**

Adapun tujuan akhir dari pekerjaan Studi Kelayakan Pengembangan CMU adalah memberikan rekomendasi pengembangan gedung layanan terintegrasi yang layak secara teknis, ekonomi, finansial, sosial, lingkungan, pelayanan, dan operasional.

### **1.3 Pendekatan Teknis**

RSUD KH Ahmad Hanafiah sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan daerah mengemban fungsi sosial dan pelayanan publik. Pengembangan CMU harus memperhatikan peningkatan mutu layanan, perluasan jangkauan pelayanan, efisiensi operasional, keselamatan pasien, keterjangkauan layanan, dan keberlanjutan pengelolaan rumah sakit. Oleh karena itu, kajian ini disusun dengan pendekatan yang mengintegrasikan aspek pelayanan kesehatan, teknis bangunan, manajemen rumah sakit, ekonomi wilayah, sosial-lingkungan, dan keuangan.

Realisasi kajian dilakukan dengan dua pendekatan utama, yaitu pendekatan kualitatif dan pendekatan kuantitatif.

Pendekatan kualitatif digunakan untuk menilai regulasi, kebijakan kesehatan, arah strategis RSUD, kebutuhan pemangku kepentingan, kesiapan organisasi, alur pelayanan, dampak sosial, risiko operasional, dan kesesuaian konsep CMU dengan kebutuhan masyarakat serta standar pelayanan rumah sakit.

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menganalisis indikator makro ekonomi, data PDRB, data demografi, volume pelayanan rumah sakit, proyeksi demand, kebutuhan tempat tidur, kebutuhan ruang, kebutuhan SDM, kebutuhan alat kesehatan, estimasi biaya, potensi pendapatan, biaya operasional, dan kerangka kelayakan finansial.

Pendekatan teknis dalam studi ini juga menggunakan pola perbandingan dengan struktur laporan FS RSUD Sofifi sebagai referensi. Struktur, urutan bab, dan kedalaman analisis mengikuti pola sampel, sedangkan seluruh substansi wilayah, rumah sakit, kebutuhan layanan, data ekonomi, konsep bangunan, biaya, dan rekomendasi diganti sesuai konteks RSUD KH Ahmad Hanafiah - Sukadana dan Kabupaten Lampung Timur.

## **1.4 Metodologi**

Metodologi penyusunan studi kelayakan dilakukan secara bertahap mulai dari persiapan, survei dan pengumpulan data, pengolahan data, analisis, penyusunan kesimpulan kelayakan, penyusunan rekomendasi, hingga rencana pengembangan. Pola metodologi ini mengikuti kerangka FS RSU Sofifi dengan penyesuaian terhadap pengembangan CMU.

### **1.4.1 Tahap Persiapan / Pra Studi**

Tahap persiapan merupakan tahap awal untuk memahami kondisi eksisting, tujuan pekerjaan, ruang lingkup kajian, dan variabel utama yang akan dianalisis. Pada tahap ini dilakukan inventarisasi dokumen awal, termasuk PRD, bahan presentasi SWOT dan CMU RSUD KH Ahmad Hanafiah, data indikator makro 2020-2025, publikasi BPS PDRB Kabupaten Lampung Timur 2021-2025, referensi FS RSU Sofifi, dokumen mapping sampel PDF ke FS CMU, dan data eksternal yang telah tersedia.

Tahap persiapan juga mencakup penyusunan daftar kebutuhan data, metodologi survei, rencana analisis, kerangka daftar isi, pembagian tugas tim, dan rencana kerja penyusunan laporan. Pada tahap ini ditetapkan pula kebutuhan verifikasi data primer RSUD yang harus dilengkapi sebelum laporan final.

### **1.4.2 Tahap Survey Lapangan dan Pengumpulan Data**

Tahap survei lapangan dan pengumpulan data bertujuan memperoleh data primer dan sekunder yang diperlukan untuk analisis kelayakan. Data primer adalah data yang bersumber langsung dari RSUD, tapak, unit layanan, manajemen, dan pemangku kepentingan. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari BPS, Dinas Kesehatan, pemerintah daerah, regulasi, publikasi resmi, dan sumber pendukung lain.

Data internal RSUD yang diperlukan meliputi jenis pelayanan, struktur organisasi, SDM, sarana prasarana, alat kesehatan, teknologi, SIMRS/RME, kinerja pelayanan, kinerja keuangan, tarif, klaim JKN/BPJS, rujukan, pola penyakit, jumlah kunjungan, jumlah hari rawat, indikator BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR, GDR, dan data operasional unit terkait CMU.

Data lokasi meliputi status lahan, bentuk dan luas lahan, kondisi bangunan eksisting, akses jalan, sirkulasi ambulans, parkir, jaringan listrik, air bersih, air limbah, drainase, gas medik, telekomunikasi, pemadam kebakaran, TPS limbah medis/B3, IPAL, topografi, potensi banjir, dan kesesuaian tata ruang.

Data eksternal meliputi data demografi, sosial budaya, ekonomi, PDRB, kemiskinan, ketenagakerjaan, struktur ekonomi, kesehatan masyarakat, morbiditas, mortalitas, sarana kesehatan, tenaga kesehatan, rumah sakit mitra/kompetitor, puskesmas, sistem rujukan, dan kebijakan kesehatan nasional/daerah.

Metode pengumpulan data meliputi studi dokumentasi, observasi visual lapangan, pemetaan tapak, wawancara terstruktur, wawancara tidak terstruktur, diskusi dengan manajemen RSUD, dan klarifikasi data kepada pihak terkait.

### **1.4.3 Tahap Pengolahan Data**

Data yang terkumpul selanjutnya dikompilasi, diklasifikasi, dan diverifikasi untuk memastikan konsistensi

dan kelayakan penggunaannya dalam analisis. Data kuantitatif diolah dalam bentuk tabel, grafik, proyeksi, rasio, dan skenario. Data kualitatif diolah dalam bentuk matriks isu, matriks kebutuhan, matriks risiko, dan narasi analisis.

**Tabel 1.1 Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data**

Kegiatan	Teknik	Sumber	Instrumen	Hasil
Pengumpulan data kesehatan wilayah	Dokumentasi	BPS, Dinas Kesehatan resmi	daftar kebutuhan data	morbiditas, mortalitas, pola penyakit, sarana kesehatan, tenaga kesehatan
Pengumpulan data internal RSUD	Dokumentasi dan wawancara	manajemen RSUD, unit pelayanan, keuangan, medis	unit form data RSUD, rekam daftar pertanyaan	layanan, SDM, alkes, SIMRS, indikator pelayanan, keuangan
Survey tapak dan bangunan	Observasi lapangan	lokasi RSUD dan rencana tapak CMU	kamera, alat ukur, catatan lapangan	kondisi lahan, akses, utilitas, sirkulasi, bangunan eksisting
Pemetaan utilitas	Observasi dan dokumentasi	IPSRS, utilitas, teknis	pengelola dokumen checklist utilitas	listrik, air, IPAL, drainase, gas medik, fire safety, jaringan data
Analisis ekonomi wilayah	Studi dokumen	BPS, PDRB, indikator makro, daerah	indikator dokumen tabel analisis	tren ekonomi, PDRB, PDRB per kapita, struktur ekonomi
Analisis demand	Pengolahan data	RSUD, BPJS, Dinkes, BPS	spreadsheet/ model proyeksi	proyeksi IGD, jantung, ICU/ICCU, KRIS, diagnostik
Analisis kebutuhan ruang	Sintesis dan benchmark	konsep CMU, standar RS, KRIS, kebutuhan layanan	matriks program ruang	kebutuhan ruang dan fungsi per lantai
Analisis biaya	Estimasi teknis	benchmark biaya RS, HSPK/SSH/SBU, konsep luas bangunan	model biaya	estimasi capex konstruksi, MEP, alkes, IT, interior
Analisis kelayakan	Sintesis	seluruh hasil analisis	matriks kelayakan	kesimpulan dan rekomendasi CMU

#### **1.4.4 Tahap Analisis**

Tahap analisis dilakukan terhadap seluruh aspek yang memengaruhi kelayakan pengembangan CMU. Analisis dilakukan secara terpadu agar hasil akhir tidak hanya menilai kelayakan fisik bangunan, tetapi juga kebutuhan layanan, kesiapan organisasi, dampak sosial, pembiayaan, dan keberlanjutan operasional.

Analisis situasi eksternal mencakup kebijakan, regulasi, geografi, demografi, sosial ekonomi, budaya, PDRB, struktur ekonomi, kesehatan masyarakat, sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan sistem rujukan. Analisis situasi internal mencakup jenis layanan, kinerja pelayanan, SDM, sarana prasarana, alkes, organisasi, SIMRS/RME, keuangan, dan kesiapan rumah sakit.

Analisis silang dilakukan dengan membandingkan kondisi eksisting dan kebutuhan pengembangan dengan standar, pedoman, dan regulasi yang berlaku, termasuk standar bangunan rumah sakit, KRIS, ICU/ICCU, IGD, keselamatan pasien, keselamatan kebakaran, pengelolaan limbah, dan persyaratan utilitas rumah sakit.

Analisis supply-demand dilakukan untuk menilai kebutuhan masyarakat terhadap layanan CMU dibandingkan dengan kapasitas layanan RSUD saat ini. Analisis ini meliputi proyeksi kunjungan IGD, kebutuhan layanan jantung, kebutuhan ICU/ICCU/HCU, kebutuhan diagnostik cepat, kebutuhan rawat inap KRIS, rujukan masuk/keluar, dan potensi pengurangan rujukan keluar daerah.

Analisis SWOT dilakukan untuk mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman. Analisis ini menjadi dasar strategi pengembangan CMU, termasuk strategi memanfaatkan dukungan kebijakan nasional, memperkuat layanan unggulan jantung, menutup gap SDM dan alkes, memperkuat digitalisasi, serta mengelola risiko pembiayaan dan operasional.

Analisis lingkungan dan sosial dilakukan untuk menilai dampak pembangunan dan operasional CMU terhadap lingkungan rumah sakit dan masyarakat sekitar. Analisis ini mencakup limbah medis/B3, limbah domestik, air limbah, IPAL, drainase, lalu lintas, kebisingan, keselamatan konstruksi, keselamatan kebakaran, aksesibilitas, serta prinsip green design dan life safety.

Analisis kebutuhan dilakukan untuk menentukan kebutuhan lahan, ruang, bangunan, peralatan medis dan non-medis, SDM, organisasi, teknologi informasi, MEP, utilitas, dan sistem operasional. Kebutuhan tersebut disusun berdasarkan konsep layanan, proyeksi demand, standar rumah sakit, dan rencana pengembangan layanan unggulan.

Analisis keuangan dilakukan untuk menilai kebutuhan investasi, sumber pembiayaan, proyeksi pendapatan, proyeksi biaya, cashflow, unit cost, klaim JKN/BPJS, sensitivitas, dan kemampuan pembiayaan. Pada tahap final, analisis dapat dilengkapi dengan indikator NPV, IRR, Payback Period, BCR, DSCR, atau indikator lain sesuai kebutuhan dan ketersediaan data.

#### **1.4.5 Tahap Kesimpulan Kelayakan**

Dari seluruh hasil kajian, disusun kesimpulan kelayakan yang meliputi:

1. Kelayakan regulasi dan kebijakan.

2. Kelayakan demand dan kebutuhan pelayanan.
3. Kelayakan lokasi, tapak, dan aksesibilitas.
4. Kelayakan lingkungan dan sosial.
5. Kelayakan kebutuhan ruang, bangunan, MEP, dan utilitas.
6. Kelayakan SDM, alat kesehatan, organisasi, dan digitalisasi.
7. Kelayakan biaya, pembiayaan, dan keuangan.
8. Kelayakan risiko dan mitigasi implementasi.

#### **1.4.6 Saran atau Rekomendasi**

Berdasarkan kesimpulan kelayakan, disusun rekomendasi untuk mendukung pelaksanaan pengembangan CMU. Rekomendasi mencakup kelanjutan master plan, DED, RAB, dokumen lingkungan, pematangan pembiayaan, penguatan SDM, pengadaan alat kesehatan, integrasi SIMRS/RME, penyusunan SOP layanan CMU, penguatan jejaring rujukan, dan rencana implementasi bertahap.

#### **1.4.7 Rencana Pengembangan**

Apabila pengembangan CMU dinyatakan layak, tahap berikutnya adalah penyusunan rencana pengembangan. Rencana pengembangan meliputi Master Program, Program Fungsi, Rencana Pengembangan Fisik, rencana MEP/utilitas, rencana alat kesehatan, rencana SDM, rencana digitalisasi, rencana pembiayaan, dan roadmap implementasi.

Master Program menjadi rujukan utama untuk menentukan jenis layanan, kapasitas, kebutuhan ruang, hubungan fungsi, kebutuhan tempat tidur, kebutuhan SDM, dan kebutuhan alat kesehatan. Program Fungsi menjabarkan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, penunjang non-medis, administrasi, servis, utilitas, dan alur operasional. Rencana pengembangan fisik menerjemahkan program fungsi menjadi zonasi tapak, gubahan massa, sirkulasi, hubungan ruang, konsep arsitektur, dan kebutuhan MEP.

Untuk CMU RSUD KH Ahmad Hanafiah, rencana pengembangan diarahkan pada bangunan 4 lantai dengan luas total sekitar 4.800 m<sup>2</sup> yang mengintegrasikan IGD modern, diagnostik cepat, ruang tindakan/OK emergensi, ICU/ICCU/HCU, rawat inap KRIS, layanan jantung, farmasi satelit, laboratorium/radiologi cepat, dan sistem digital berbasis SIMRS/RME/dashboard.

### **1.5 Organisasi Pelaksana Pekerjaan**

#### **1.5.1 Struktur Organisasi**

Agar penyusunan studi kelayakan berjalan terarah, terkoordinasi, dan tepat waktu, diperlukan organisasi pelaksana pekerjaan yang terdiri dari unsur manajemen RSUD, pemerintah daerah, dan tenaga ahli. Struktur organisasi pelaksana pekerjaan bersifat indikatif dan dapat disesuaikan dengan penunjukan

resmi pada tahap final.

**Gambar 1.1 Struktur Organisasi Pelaksana Pekerjaan Studi Kelayakan CMU**

Unsur/Posisi	Peran Utama	Output Utama
Pengarah / Pemilik Pekerjaan	memberikan arahan kebijakan dan keputusan strategis	persetujuan ruang lingkup dan rekomendasi
Penanggung Jawab RSUD	koordinasi data internal dan kebutuhan layanan	validasi data RSUD dan arah pengembangan
Team Leader / Ahli Perencana RS	koordinasi seluruh kajian FS	integrasi laporan BAB 1-14
Ahli Manajemen Rumah Sakit	analisis layanan, organisasi, operasional	analisis internal, program pelayanan, tata kelola
Ahli Masyarakat Kesehatan	analisis kesehatan wilayah dan demand	analisis eksternal, demand, sistem rujukan
Ahli Arsitektur Rumah Sakit	program ruang, zonasi, dan konsep bangunan	program fungsi dan konsep arsitektur
Ahli MEP Rumah Sakit	utilitas, listrik, HVAC, gas medik, IPAL	konsep MEP dan kebutuhan utilitas
Ahli Struktur/Teknik Sipil	kajian bangunan dan konstruksi	kebutuhan teknis struktur dan konstruksi
Ahli Lingkungan dan Sosial	dampak lingkungan dan sosial	analisis limbah, sosial, green design, life safety
Ahli Keuangan	biaya, pembiayaan, dan kelayakan finansial	estimasi biaya, cashflow, analisis keuangan
Ahli IT/SIMRS	digitalisasi dan integrasi data	konsep RME, dashboard, BPJS, SISRUTE

### 1.5.2 Personil / Tenaga Ahli dan Tenaga Pendukung

Komposisi tenaga ahli yang direkomendasikan dalam penyusunan Studi Kelayakan Pengembangan CMU adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.2 Komposisi Tim Personil Pekerjaan Studi Kelayakan CMU**

No	Jabatan / Penugasan	Kualifikasi yang	Peran dalam Kajian
----	---------------------	------------------	--------------------

### Direkomendasikan

1	Team Leader / Ahli Perencana dan Manajemen Pembangunan RS	arsitektur/perencanaan RS/manajemen RS	memimpin integrasi seluruh analisis dan laporan
2	Ahli Masyarakat	Ekonomi/Kesehatan ekonomi kesehatan/kesehatan masyarakat	analisis wilayah, demand, manfaat sosial-ekonomi
3	Ahli Keuangan	akuntansi/keuangan/BLUD	estimasi biaya, pembiayaan, cashflow, kelayakan finansial
4	Ahli Arsitektur Rumah Sakit	arsitektur kesehatan	bangunan program ruang, zonasi, konsep bangunan CMU
5	Ahli Teknik Sipil/Struktur	teknik sipil/struktur	kajian teknis konstruksi dan kelayakan bangunan
6	Ahli MEP Rumah Sakit	mechanical/electrical/plumbing RS	listrik, HVAC, gas medik, IPAL, fire safety, low current
7	Ahli Lingkungan dan Sosial	lingkungan/sosial	dampak lingkungan, limbah, sosial, green design
8	Ahli IT/SIMRS	sistem informasi kesehatan	RME, dashboard, BPJS, SISRUITE, keamanan data
9	Tenaga Pendukung Data	analisis data/dokumentasi	kompilasi data, tabel, grafik, lampiran

DATA RSUD DIPERLUKAN: nama personil, SK tim, pengalaman tenaga ahli, dan pembagian tugas resmi apabila dokumen final akan digunakan sebagai laporan penugasan formal.

### 1.6 Jadwal Penugasan Tenaga Ahli

Jadwal penugasan tenaga ahli disusun dengan mengacu pada jadwal pelaksanaan pekerjaan, ruang lingkup tugas, dan kebutuhan koordinasi lapangan. Jadwal berikut bersifat indikatif untuk durasi penyusunan FS selama 3 bulan.

**Tabel 1.3 Jadwal Penugasan Tenaga Ahli**

Tenaga Ahli	Bulan 1	Bulan 2	Bulan 3	Fokus Penugasan
Team Leader	penuh	penuh	penuh	koordinasi, metodologi, integrasi laporan
Ahli Manajemen RS	penuh	penuh	parsial	internal RSUD, layanan, organisasi, program

					fungsi
Ahli Masyarakat	Kesehatan	penuh	penuh	parsial	eksternal, demand, sistem rujukan, kesehatan wilayah
Ahli Keuangan		parsial	penuh	penuh	biaya, pembiayaan, cashflow, kelayakan finansial
Ahli Arsitektur RS		parsial	penuh	penuh	program ruang, zonasi, konsep bangunan
Ahli MEP RS		parsial	penuh	penuh	utilitas, gas medik, HVAC, listrik, fire safety
Ahli Struktur/Teknik Sipil		parsial	penuh	parsial	kelayakan teknis bangunan dan konstruksi
Ahli Sosial	Lingkungan dan	parsial	penuh	parsial	lingkungan, sosial, limbah, life safety
Ahli IT/SIMRS		parsial	parsial	penuh	RME, dashboard, integrasi BPJS/SISRUTE
Tenaga Pendukung Data		penuh	penuh	penuh	kompilasi data, tabel, grafik, dokumentasi

### 1.7 Jadwal Pelaksanaan Pekerjaan

Jadwal pelaksanaan pekerjaan disusun untuk memastikan seluruh tahapan dapat dilaksanakan secara sistematis. Pola jadwal mengikuti logika FS Sofifi yang membagi pekerjaan menjadi laporan pendahuluan, draft akhir, dan laporan akhir.

**Tabel 1.4 Jadwal Pelaksanaan Pekerjaan Studi Kelayakan CMU**

Tahap	Durasi	Kegiatan Utama	Output
K-1 Laporan Pendahuluan	Minggu 1-2	konsolidasi tim, penajaman metodologi, daftar kebutuhan data, kerangka daftar isi	laporan pendahuluan dan rencana kerja
Pengumpulan Data	Minggu 3-4	pengumpulan data primer dan sekunder, survei tapak, wawancara, dokumentasi	kompilasi data dan hasil survei
Pengolahan Data	Minggu 5	validasi, klasifikasi, tabulasi, dan kompilasi data	database kajian, tabel awal, gap data
K-2 Draft Akhir	Minggu 6-9	analisis eksternal, internal, demand, lingkungan, kebutuhan, biaya, keuangan	draft laporan studi kelayakan
Review dan Pembahasan	Minggu 10	pembahasan dengan RSUD/Pemda, koreksi data, masukan teknis	koreksi dan masukan
K-3 Laporan Akhir	Minggu	penyempurnaan laporan, finalisasi kesimpulan laporan	akhir studi

**Tabel 1.5 Rencana Output Utama Pekerjaan**

<b>Output</b>	<b>Isi Utama</b>	<b>Keterangan</b>
Laporan Pendahuluan	metodologi, rencana kerja, kebutuhan data, outline	dasar pelaksanaan kajian
Draft Laporan FS	analisis awal BAB 1-14	bahan review manajemen dan pemangku kepentingan
Laporan Akhir FS	laporan final, kesimpulan, rekomendasi, lampiran data	dasar master plan, DED, RAB, pembiayaan
Bahan Paparan	ringkasan eksekutif dan rekomendasi	untuk Pemda, RSUD, DPRD, Bappeda, Dinkes