

BAB 2

GAMBARAN UMUM DAN ANALISIS SITUASI EKSTERNAL

2.1 Regulasi dan Kebijakan Nasional

Pengembangan Central Medical Unit (CMU) RSUD KH Ahmad Hanafiah - Sukadana ditempatkan dalam kerangka regulasi rumah sakit, kebijakan transformasi kesehatan nasional, penyelenggaraan JKN/BPJS, tata kelola BLUD, standar bangunan gedung rumah sakit, keselamatan pasien, sistem rujukan, serta penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Mengacu pada pola FS RSU Sofifi, bagian regulasi tidak hanya menjadi pengantar, tetapi menjadi dasar untuk menilai apakah rencana pengembangan layanan, bangunan, pembiayaan, dan operasional memiliki landasan kebijakan yang memadai.

Berdasarkan bahan presentasi Renstra dan Pengembangan CMU, visi RSUD tahun 2026-2030 adalah menjadi rumah sakit rujukan regional yang modern, terintegrasi, unggul dalam pelayanan jantung, berbasis digital, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Arah ini selaras dengan konsep CMU sebagai *Integrated Emergency & Acute Care Building* yang menghubungkan IGD modern, diagnostik cepat, ruang tindakan/OK emergensi, ICU/CCU/HCU, rawat inap KRIS, layanan jantung, SIMRS/RME, dashboard manajemen, bridging BPJS, dan SISRUITE.

Tabel 2.1 Kerangka Regulasi dan Implikasi bagi CMU

Kelompok Regulasi/Kebijakan	Implikasi bagi Pengembangan CMU
Rumah sakit dan pelayanan kesehatan	CMU harus mendukung pelayanan gawat darurat, rawat inap, tindakan, diagnostik, pelayanan intensif, dan rujukan sesuai kelas serta kemampuan RSUD.
Sistem rujukan dan transformasi layanan	CMU diarahkan memperkuat posisi RSUD sebagai rujukan regional untuk kasus akut, kardiovaskular, dan layanan kritikal.
JKN/BPJS dan KRIS	Desain rawat inap, clinical pathway, kendali mutu, kendali biaya, dan efisiensi klaim perlu disiapkan sejak tahap perencanaan.
BLUD dan pembiayaan daerah	CMU harus layak secara pelayanan dan finansial, tetapi tetap menjaga fungsi sosial rumah sakit pemerintah daerah.
Bangunan gedung, MEP, dan keselamatan	Perencanaan harus memperhatikan struktur, proteksi kebakaran, evakuasi, HVAC, listrik, air bersih, IPAL, gas medik, dan keamanan pasien.
Digitalisasi kesehatan	SIMRS, rekam medis elektronik, bridging BPJS, SISRUITE, dashboard real time, dan keamanan data menjadi bagian dari rancangan operasional.
Lingkungan dan sosial	Pembangunan dan operasional perlu memperhatikan limbah medis/B3, air

limbah, drainase, lalu lintas, kebisingan, dan dampak sosial.

2.2 Gambaran Umum Kabupaten Lampung Timur

Kabupaten Lampung Timur merupakan wilayah pelayanan utama RSUD KH Ahmad Hanafiah - Sukadana. Karakter wilayah yang luas, berbasis agraris, dan memiliki sebaran penduduk antar-kecamatan menjadikan kedekatan akses rumah sakit sebagai faktor penting dalam menurunkan biaya tidak langsung pasien, mempercepat penanganan kasus akut, dan mengurangi kebutuhan rujukan keluar daerah.

Mengacu pada struktur FS RSU Sofifi, gambaran umum wilayah seharusnya mencakup geografi, administratif, kondisi fisik, demografi, angkatan kerja, mata pencaharian, sosial ekonomi budaya, industri, serta IPM. Data yang tersedia dalam project terutama berasal dari publikasi BPS PDRB Kabupaten Lampung Timur 2021-2025 (*pdf-data.pdf*), file Excel indikator makro 2020-2025, dan bahan PPT Renstra/CMU. Karena itu, analisis ekonomi dapat disajikan lebih kuat, sedangkan data demografi rinci, IPM, akses per kecamatan, dan profil kesehatan rinci masih perlu dilengkapi dari BPS Dalam Angka, Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan, atau data RSUD.

2.2.1 Geografis, Administratif, dan Aksesibilitas

Aspek geografis dan aksesibilitas menentukan waktu tempuh pasien, pola rujukan puskesmas, kebutuhan ambulans, kebutuhan IGD, dan risiko keterlambatan penanganan. Untuk CMU, analisis aksesibilitas perlu menilai jalur masuk ambulans, hubungan RSUD dengan puskesmas/fasilitas kesehatan sekitar, dan potensi wilayah yang selama ini merujuk ke rumah sakit di luar kabupaten.

Data rinci kecamatan, desa, jarak/waktu tempuh, dan peta fasilitas belum tersedia dalam file pendukung. Pada tahap final, bagian ini perlu dilengkapi dengan matriks jarak dan waktu tempuh menuju RSUD KH Ahmad Hanafiah.

2.2.2 Demografi dan Penduduk Sasaran

Demografi menjadi dasar proyeksi permintaan layanan. Jumlah penduduk, struktur umur, kelompok usia produktif, kelompok lanjut usia, kepadatan penduduk, dan tren pertumbuhan akan memengaruhi kebutuhan IGD, rawat inap, ICU/ICCU, diagnostik, dan layanan jantung. Penyakit kardiovaskular dan penyakit metabolik cenderung meningkat seiring bertambahnya usia penduduk, perubahan pola hidup, dan peningkatan mobilitas sosial ekonomi.

Data jumlah penduduk, distribusi per kecamatan, struktur umur, dan rasio jenis kelamin belum ditemukan dalam file yang tersedia. Data ini perlu menjadi prioritas pelengkapan karena menjadi basis hitung demand BAB 4.

2.2.3 Angkatan Kerja dan Mata Pencaharian

Struktur ekonomi Lampung Timur yang kuat pada sektor pertanian, kehutanan, perikanan, pertambangan, perdagangan, konstruksi, dan industri pengolahan menunjukkan karakter aktivitas masyarakat yang berkaitan dengan mobilitas, risiko kerja, serta kebutuhan layanan kegawatdaruratan. Aktivitas sektor primer dan konstruksi berpotensi terkait dengan trauma, kecelakaan kerja, paparan lingkungan, dan

kebutuhan diagnostik cepat.

2.3 Kondisi Sosial Ekonomi Wilayah

Kondisi sosial ekonomi menjadi dasar untuk menilai kemampuan akses masyarakat, kebutuhan layanan kesehatan, dan peran RSUD dalam menjamin layanan inklusif. Data Excel indikator makro menunjukkan pemulihan ekonomi, peningkatan PDRB per kapita, penurunan kemiskinan, ketimpangan yang relatif terkendali, serta peningkatan investasi daerah pada 2025. Namun demikian, pengembangan CMU tetap harus menjaga fungsi sosial karena sebagian masyarakat masih bergantung pada JKN/BPJS.

Berdasarkan publikasi BPS PDRB Kabupaten Lampung Timur dalam *pdf-data.pdf*, PDRB atas dasar harga berlaku dengan migas tahun 2025 mencapai sekitar Rp60,94 triliun, sedangkan PDRB tanpa migas mencapai sekitar Rp50,44 triliun. Struktur ekonomi masih didominasi sektor primer, terutama Pertanian, Kehutanan, dan Perikanan, serta Pertambangan dan Penggalan.

2.4 Indikator Makro Ekonomi 2020-2025

Tabel 2.2 Indikator Makro Ekonomi Kabupaten Lampung Timur Tahun 2020-2025

Indikator	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Pertumbuhan ekonomi dengan migas (%)	-2,26	0,24	2,02	3,51	4,62	4,65
Pertumbuhan ekonomi tanpa migas (%)	-0,33	1,79	5,13	4,74	4,96	7,25
PDRB per kapita dengan migas (juta Rp)	36,71	39,14	43,95	46,28	49,27	52,31
PDRB per kapita tanpa migas (juta Rp)	29,90	30,38	33,02	36,46	39,24	43,31
Gini Ratio	0,315	0,284	0,283	0,315	0,278	0,261
Tingkat Pengangguran Terbuka (%)	2,64	3,05	3,30	3,09	3,02	3,18
Persentase penduduk miskin (%)	14,62	15,08	13,98	13,80	13,19	12,15
Skor Pola Pangan Harapan	85,60	89,50	91,50	91,30	89,80	90,12
Peningkatan investasi daerah (%)	-98,39	211,97	-75,12	935,19	-16,27	23,26

Pertumbuhan ekonomi dengan migas meningkat dari -2,26 persen pada 2020 menjadi 4,65 persen pada 2025. Pertumbuhan tanpa migas meningkat dari -0,33 persen menjadi 7,25 persen. PDRB per kapita dengan migas naik dari Rp36,71 juta menjadi Rp52,31 juta, sedangkan PDRB per kapita tanpa migas naik dari Rp29,90 juta menjadi Rp43,31 juta. Tren tersebut menggambarkan peningkatan kapasitas ekonomi wilayah dan memperkuat kebutuhan peningkatan mutu layanan rumah sakit yang lebih cepat, dekat, dan terintegrasi.

Tabel 2.3 Struktur Ekonomi Utama Kabupaten Lampung Timur Tahun 2025

Lapangan Usaha		Kontribusi 2025	Implikasi untuk FS CMU
Pertanian, Perikanan	Kehutanan, dan	±32,87-33,20%	Basis ekonomi masyarakat agraris; akses RSUD yang dekat mengurangi biaya tidak langsung pasien.
Pertambangan dan Penggalian		±19,16%	Sektor besar dengan risiko kerja dan mobilitas; layanan kegawatdaruratan tetap penting.
Perdagangan Besar dan Eceran; Reparasi Mobil dan Sepeda Motor		±12,92%	Aktivitas ekonomi dan mobilitas masyarakat mendukung kebutuhan layanan akut/IGD.
Industri Pengolahan		±9,26%	Potensi risiko kerja dan kebutuhan layanan kesehatan pekerja.
Konstruksi		±6,29%	Relevan dengan pembangunan fisik dan multiplier effect proyek CMU.

Tabel 2.4 PDRB Per Kapita Kabupaten Lampung Timur Tahun 2021-2025

Tahun	PDRB per Kapita ADHB	PDRB per Kapita ADHK	PDRB per Kapita Tanpa Migas ADHB	PDRB per Kapita Tanpa Migas ADHK
2021	Rp39.143.064,13	Rp25.907.451,48	Rp30.384.693,95	Rp20.332.057,58
2022	Rp43.947.195,79	Rp26.157.457,74	Rp33.023.528,20	Rp21.153.210,79
2023	Rp46.272.810,31	Rp26.803.639,28	Rp36.457.710,84	Rp21.933.293,45
2024*	Rp49.274.849,97	Rp27.769.687,17	Rp39.236.755,70	Rp22.798.421,66
2025**	Rp52.319.304,69	Rp28.789.314,54	Rp43.310.035,04	Rp24.221.009,14

2.5 Gambaran Umum Kesehatan

Kebutuhan kesehatan wilayah dipengaruhi oleh beban penyakit menular, penyakit tidak menular, kecelakaan, kasus maternal, dan kebutuhan layanan rujukan. Untuk pengembangan CMU, perhatian utama diarahkan pada penyakit tidak menular dan layanan akut, terutama hipertensi, diabetes, penyakit jantung, stroke, kanker, trauma, serta kondisi kritikal yang membutuhkan ICU/ICCU/HCU.

Dalam publikasi BPS PDRB, kategori Jasa Kesehatan dan Kegiatan Sosial mencakup jasa rumah sakit, klinik, praktik dokter, pelayanan kesehatan paramedis, pelayanan kesehatan tradisional, penunjang kesehatan, medical evacuation, dan kegiatan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa pengembangan RSUD dan CMU tidak hanya berfungsi sebagai layanan publik, tetapi juga menjadi bagian dari aktivitas ekonomi jasa kesehatan daerah.

Tabel 2.5 Kebutuhan Data Kesehatan untuk Finalisasi BAB 2

Kelompok Data	Data yang Diperlukan	Fungsi dalam FS CMU
Derajat kesehatan	Umur harapan hidup, AKI, AKB, indikator kesehatan prioritas.	Menilai status kesehatan masyarakat dan urgensi penguatan layanan rujukan.
Angka kesakitan dan pola penyakit	10 besar penyakit puskesmas/RSUD, hipertensi, diabetes, jantung, stroke, trauma.	Menjadi dasar justifikasi layanan IGD, jantung, ICU/ICCU, diagnostik cepat.
Status gizi dan KIA	Stunting, gizi buruk, cakupan KIA, komplikasi maternal/neonatal.	Melengkapi gambaran kesehatan wilayah sesuai pola FS Sofifi.
JKN/BPJS	Cakupan kepesertaan, PBI/non-PBI, pola klaim, rujukan JKN.	Menilai akses layanan dan risiko finansial BLUD.
Tenaga kesehatan	Dokter umum, dokter spesialis, perawat, nakes penunjang, distribusi wilayah.	Menilai kesiapan SDM dan gap pengembangan CMU.
Sarana kesehatan	RS, puskesmas, klinik, laboratorium, apotek, jejaring rujukan.	Menilai supply layanan dan posisi RSUD dalam sistem rujukan.

2.6 Sistem Rujukan dan Jejaring Fasilitas Kesehatan

CMU diharapkan memperkuat posisi RSUD KH Ahmad Hanafiah dalam sistem rujukan regional. Penguatan IGD, ICU/ICCU, diagnostik cepat, tindakan emergensi, layanan jantung, dan rawat inap KRIS akan mengurangi rujukan keluar yang seharusnya dapat ditangani di tingkat kabupaten apabila SDM, sarana, alkes, dan sistem operasional terpenuhi.

Dalam PPT Renstra/CMU, salah satu misi utama adalah memperluas jejaring rujukan dan kolaborasi dengan pemerintah, BPJS, rumah sakit jejaring, institusi pendidikan, dan mitra strategis. Hal ini perlu diterjemahkan menjadi peta jejaring rujukan yang memuat puskesmas pengirim, rumah sakit mitra, rumah sakit kompetitor, rumah sakit provinsi, serta layanan yang menjadi alasan pasien dirujuk keluar.

Tabel 2.6 Matriks Awal Profil Mitra dan Kompetitor

Kelompok Fasilitas	Peran Potensial	Data yang Harus Dilengkapi
Puskesmas dan klinik wilayah Lampung Timur	Sumber rujukan awal untuk IGD, rawat inap, dan layanan spesialisik.	Nama fasilitas, lokasi, cakupan wilayah, volume rujukan, kasus dominan.
Rumah sakit sekitar kabupaten	Mitra rujukan balik atau kompetitor layanan spesialisik.	Kelas RS, layanan unggulan, jarak, kapasitas tempat tidur, layanan jantung/ICU.
Rumah sakit provinsi	rujukan Tujuan rujukan kasus yang belum bisa ditangani RSUD.	Jenis kasus dirujuk, waktu tempuh, hambatan akses, potensi pengurangan

rujukan.

BPJS dan SISRUPE Pengatur alur rujukan, klaim, dan Data rujukan JKN, alasan rujukan, waktu monitoring layanan. tunggu, dan pola klaim.

2.7 Kebutuhan Masyarakat dan Stakeholder

FS Sofifi memuat rekapitulasi kuesioner masyarakat sebagai bukti kebutuhan eksternal. Dalam file project saat ini belum ditemukan data kuesioner masyarakat. Oleh karena itu, untuk finalisasi FS CMU disarankan dilakukan pengumpulan data cepat melalui kuesioner, wawancara stakeholder, atau FGD dengan manajemen RSUD, Dinas Kesehatan, puskesmas, BPJS, tenaga kesehatan, dan perwakilan masyarakat.

Isu yang perlu digali meliputi kendala akses layanan rumah sakit, pengalaman rujukan keluar daerah, kebutuhan layanan jantung, waktu tunggu IGD/diagnostik, kebutuhan ICU, preferensi layanan rawat inap KRIS, serta harapan masyarakat terhadap CMU sebagai layanan terintegrasi.

2.8 Analisis Situasi Eksternal

Analisis eksternal menunjukkan bahwa pengembangan CMU memiliki dasar kebutuhan yang kuat dari sisi kebijakan, ekonomi wilayah, tren layanan kesehatan, dan strategi rumah sakit. Peluang utama meliputi dukungan transformasi kesehatan nasional, tingginya kebutuhan layanan kardiovaskular, pertumbuhan kebutuhan layanan cepat dan modern, peluang dukungan DAK/hibah/pembiayaan pusat, perkembangan teknologi digital dan telemedicine, serta potensi peningkatan kunjungan pasien rujukan regional.

Ancaman utama meliputi persaingan dengan rumah sakit swasta dan rumah sakit rujukan provinsi yang lebih maju, perubahan regulasi dan tarif BPJS/JKN, tingginya biaya investasi serta pemeliharaan alat kesehatan modern, risiko kekurangan dokter spesialis jantung/ICU/penunjang kritikal, meningkatnya ekspektasi masyarakat, risiko keamanan data kesehatan, dan risiko overload pasien apabila sistem rujukan meningkat tanpa diimbangi kapasitas layanan.

Tabel 2.7 Ringkasan Peluang dan Tantangan Eksternal

Aspek	Peluang	Tantangan	Implikasi Strategis
Kebijakan	Transformasi layanan rujukan, KRIS, digitalisasi, penguatan layanan prioritas.	Standar regulasi semakin ketat.	CMU harus dirancang sesuai standar layanan, keselamatan, dan digitalisasi.
Ekonomi wilayah	PDRB dan PDRB per kapita meningkat, kemiskinan tetap menurun.	Sebagian masyarakat tetap bergantung pada JKN.	Perlu kombinasi fungsi sosial, klaim, dan layanan revenue center.
Kesehatan	Kebutuhan layanan jantung, IGD, ICU/ICCU, dan diagnostik cepat meningkat.	Data morbiditas rinci rujukan perlu divalidasi.	Perlu penguatan data penyakit, rujukan, dan proyeksi demand.

Jejaring rujukan	RSUD dapat memperkuat peran regional dan mengurangi rujukan keluar.	Kompetisi dengan RS provinsi/swasta.	Perlu profil mitra-kompetitor dan paket layanan unggulan jantung.
Teknologi	SIMRS, RME, dashboard, BPJS, SISRUITE, telemedicine.	Investasi awal dan keamanan data.	Digitalisasi harus masuk desain operasional, bukan tambahan belakangan.

2.9 Kesimpulan Sementara BAB 2

Dengan mengacu pada FS RSU Sofifi, BAB 2 pengembangan CMU perlu diperluas dari narasi umum menjadi analisis eksternal berbasis data wilayah, ekonomi, kesehatan, sarana kesehatan, rujukan, dan kompetisi layanan. Data ekonomi dari *pdf-data.pdf* dan Excel sudah memperkuat aspek sosial ekonomi. Bahan PPT memperkuat arah strategis, peluang, ancaman, dan konsep layanan CMU. Namun data demografi, IPM, pola penyakit, JKN, tenaga kesehatan, sarana kesehatan, rujukan, kuesioner masyarakat, dan profil kompetitor masih perlu dilengkapi agar analisis demand dan kelayakan pada bab berikutnya lebih kuat.