

## Rencana Strategi Pengelolaan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Intan Permata Sari\*, Firman Pribadi, Safiqulatif Abdillah

Program studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

Email: [intanpermataturman@gmail.com](mailto:intanpermataturman@gmail.com)

---

### ABSTRAK

Latar belakang: *Intensive Care Unit* (ICU) memiliki pembiayaan yang tinggi. Tidak diperbolehkannya sistem *cost-sharing* pada peserta asuransi membuat rentannya terjadi *fraud* dikarenakan rumah sakit harus tetap bertahan diantara tuntutan dan biaya fasilitas serta pengobatan di ICU yang tak dapat di klaim. Dibutuhkan penyusunan rencana strategi ICU di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, mengingat pentingnya strategi yang harus dilakukan rumah sakit dalam pengelolaan ICU khususnya rumah sakit swasta. Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan *case study*. Subyek penelitian ini adalah data-data internal rumah sakit, direktur utama, manager pelayanan medis, kepala ICU, supervisi ICU, dan tim JKN. Data diambil dengan cara analisa dokumen dan wawancara. Hasil Penelitian : Berdasarkan diagram SWOT posisi ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berada pada kuadran I. Strategi yang diterapkan dalam kondisi ini dapat mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth oriented strategy*). Berdasarkan Matrix TOWS strategi utama diterapkan berdasarkan kekuatan dan peluang. KPI disusun berdasarkan analisa kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman ataupun tantangan ICU dalam peta strategik. Simpulan : ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah memiliki beberapa kekuatan dan peluang yang dapat dimanfaatkan guna mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif. Rencana strategi ICU disusun dengan target 5 tahun pencapaian.

Kata Kunci : *Rencana Strategi; ICU; SWOT*

©2017 Proceeding Health Architecture. All rights reserved

### PENDAHULUAN

*Intensive Care Unit* (ICU) atau Ruang Rawat Intensife merupakan bagian yang tidak akan pernah terlepas dari pengembangan sebuah rumah sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di rumah sakit menyebutkan bahwa ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia<sup>1</sup>.

Setiap rumah sakit memiliki manajemen yang berbeda dalam pengelolaan ICU. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki pelayanan ICU yang terintegrasi dan dipimpin oleh dokter spesialis Anestesi dan

Terapi Intesive. Peranan multidisiplin dari berbagai staf medis yang bekerja didalam ICU menjadi acuan penting. Pengembangan dari tim inilah yang akan meningkatkan keselamatan pasien. Namun, besarnya kebutuhan ICU baik dari staff medis khusus maupun sarana dan prasarana sering kali mendatangkan kekhawatiran bagi pihak manajemen. Berbeda dengan rumah sakit pemerintah daerah yang mendapatkan Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagai salah satu sumber pembiayaan bagi daerah dalam peningkatan pembangunan kesehatan, yang didapatkan 10% dari anggaran APBD sesuai dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya kegiatan yang langsung menyentuh masyarakat, rumah sakit swasta seperti Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta harus menyusun strategi jitu agar dapat bertahan dari besarnya tuntutan dan kemampuan<sup>2</sup>.

Besarnya pembiayaan yang harus dikeluarkan melalui pelayanan ICU, dan tidak

diperbolehkannya sistem *cost-sharing* pada peserta BPJS membuat rentannya terjadi *fraud* dikarenakan rumah sakit harus tetap bertahan diantara tuntutan dan biaya fasilitas serta pengobatan di ICU yang tak dapat di klaim BPJS. Walaupun telah memanfaatkan adanya spesial CMG, rumah sakit khususnya rumah sakit swasta seringkali terpaksa melakukan penutupan sendiri kekurangan biaya yang seharusnya dibebankan kepada pasien. Dilema ICU semakin diperkuat dengan *Length of Stay* (LOS) atau lamanya perawatan di ICU yang mempengaruhi besarnya pembiayaan yang dibebankan oleh rumah sakit<sup>3</sup>.

Dalam penyusunan strategi pengelolaan ICU dibutuhkan sebuah analisa SWOT dan *balanced scorecard* sehingga dapat disusun *Key Performance Indicators* (KPI) sebagai target pencapaian rencana strategi yang dirancang. Analisa SWOT adalah sebuah metode perencanaan strategis yang digunakan untuk mengevaluasi *Strength*, *Weakness*, *Opportunities*, dan *Threats* terlibat dalam sebuah proyek atau dalam bisnis usaha. Teori ini kerap kali digunakan untuk merencanakan suatu hal. Analisa SWOT merupakan identitas berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi pelayanan<sup>4</sup>.

*Balanced score card* (BSC) atau kartu skor seimbang pertama kali dikenalkan oleh Kaplan dan Norton pada tahun 1996. Kartu skor adalah kartu yang digunakan untuk mencatat hasil kinerja seseorang atau personel serta merencanakan skor yang akan dicapai di masa yang akan datang. Dapat definisikan bahwa *balance score card* merupakan suatu pengukuran kinerja dan sistem manajemen yang memandang perusahaan dari empat perspektif, yaitu perspektif keuangan, pelanggan, proses bisnis internal serta pembelajaran dan pertumbuhan untuk memperbaiki keputusan strategis dalam mencapai tujuan perusahaan serta memeberikan pemahaman kepada manajer terhadap *performance* bisnis (Hilmawan, 2005).

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif. Desain penelitian pada penelitian ini adalah *Case Study*. Penelitian ini dilakukan pada bulan desember 2016-Februari 2017 di Jalan KH. Ahmad Dahlan No. 20, Gondomanan, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Objek pada penelitian ini adalah strategi pengelolaan ICU di Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Yogyakarta yang diteliti melalui wawancara dan telusur dokumen pendukung dalam pengelolaan ICU di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sampel dalam penelitian ditentukan dengan cara *purposive sampling*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu. Dimana narasumber yang dipilih adalah narasumber yang berpengaruh penting terhadap pengelolaan ICU. Narasumber yang dipilih adalah direktur utama, manager pelayanan medis, Kepala ICU, Supervisor (SPV) ICU, dan Tim JKN di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Instrumen penelitian pada penelitian ini adalah *human instrumen*, panduan wawancara, alat perekam, dan alat tulis. Langkah pada penelitian ini adalah menentukan masalah penelitian, melakukan pengumpulan data melalui telusur dokumen rumah sakit, wawancara semi terstruktur, wawancara terstruktur, melakukan interpretasi fakta, merumuskan generalisasi, dan menyusun laporan penelitian. Uji keabsahan data pada penelitian ini dengan cara memperpanjang masa pengamatan, triangulasi, menggunakan bahan referensi, *Peer debriefing*, dan *Member check*. Jenis data yang didapatkan pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Analisa data dilakukan dengan cara mengorganisir data, membaca keseluruhan informasi dan memberi kode, *open Coding*, *axial Coding*, dan *Selective Coding*. Penelitian ini diharapkan tidak melanggar etika penelitian karena telah dirancang sesuai prosedur petunjuk dan aturan yang telah ditetapkan oleh Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Sementara itu panduan wawancara akan dilampirkan pada proses pengurusan izin penelitian sehingga pihak Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta diharapkan telah mengetahui tujuan penelitian serta data-data yang akan diperlukan oleh penulis di rumah sakit tersebut.

Penelitian ini juga menyertai lembar penjelasan penelitian dan lembar persetujuan narasumber yang ditanda tangani oleh narasumber dan saksi wawancara sebelum dilakukannya wawancara. Hasil wawancara sepenuhnya penulis manfaatkan untuk

kepentingan akademik sehingga diharapkan tidak ada etika penelitian yang dilanggar.

### HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini tertera dalam bentuk narasi Rencana Strategi Pengelolaan ICU di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah. Gambaran Umum Pengguna (*Customer*) ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta terbagi menjadi 2 kelompok. Diantaranya adalah sebagai berikut :

#### 1. Kelompok masyarakat tanpa ikatan instansi (umum)

Kelompok ini merupakan kelompok pasien dengan metode pembayaran *out of pocket* atau pasien tanpa jaminan asuransi. Karakteristik dari kelompok pengguna ini secara umum didominasi oleh masyarakat dari umat muslim di DIY dan sekitarnya dengan tingkat ekonomi menengah kebawah. Meski daya beli masyarakat golongan ini relatif terbatas namun pemahaman dan kesadaran mereka akan arti pelayanan kesehatan yang bermutu tidak dapat diabaikan. Apalagi didukung dengan kondisi Yogyakarta sebagai kota pendidikan yang memungkinkan cepatnya

akses informasi, terutama informasi bidang kesehatan sehingga mereka dapat mengkritisi pelayanan dengan lebih baik. Berdasarkan presentase kunjungan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2016, pasien dengan status kelompok ini sebanyak 43%.

#### 2. Kelompok masyarakat dengan terikat institusi

Kelompok pengguna dengan terikat institusi terdiri dari institusi pemerintah, institusi pendidikan, dan pihak ketiga berupa relasi dan lembaga pembiayaan kesehatan (asuransi kesehatan). Jejaring yang kuat dan bersifat mutualisme akan mendorong pada peningkatan pertumbuhan jumlah pelanggan dan perkembangan kualitas pelayanan. Program pemerintah terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) membuat semakin meningkatnya kelompok ini. Presentase kunjungan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2016 didapatkan data bahwa pasien dari peserta BPJS sebanyak 40%, Jamkesda sebanyak 2%, Takaful RS 6%, dan Asuransi lainnya 9%.

**Ketenagaan ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**  
**Sumber : Dokumen Internal Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

No	Pendidikan	Bagian	Jumlah	Keterangan	Status
1	Dokter Spesialis Anestesi	ICU	1	Sesuai Jadwal, On Call 24 jam	Dokter Tetap
2	Dokter Spesialis Anestesi	ICU	2	Sesuai Jadwal, On Call 24 jam	Dokter Tamu
5	S1 Keperawatan	ICU	1	Sertifikasi ICU, Sertifikasi BLS	Tetap
6	D3 Keperawatan	ICU	13	8 Sertifikasi ICU, 2 Sertifikasi PICU, 12 Sertifikasi BLS	Tetap

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki 3 dokter spesialis anastesi dan 2 diantaranya adalah dokter tamu. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta hanya memiliki 1 dokter tetap dan menjabat di sebagai pejabat struktural Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sehingga dokter yang bersangkutan tidak memungkinkan menjabat sebagai kepala ICU. ICU saat ini

dipimpin oleh dokter spesialis anastesi yang statusnya adalah dokter tamu. Padahal jika merujuk dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit, Kepala ICU memiliki dua peran utama, diantaranya pengelolaan pasien dan manajemen unit. Dokter spesialis anastesi dengan status dokter tamu akan sulit

untuk melakukan dua peranan utama diatas. Dikarenakan dokter yang bersangkutan tidak bisa *fulltime* untuk melaksanakan dua peranan utama tersebut. Jika melihat daftar perawat ICU di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, jumlah perawat yang telah memiliki sertifikasi ICU telah memenuhi jumlah yang direkomendasi melalui Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit. Dimana perawat di rumah sakit tipe B dengan ICU Sekunder memiliki perawat >50% bersertifikasi ICU.

Namun penempatan 2 perawat dengan sertifikasi *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) menjadi kurang tepat untuk ditempatkan di ICU. Berdasarkan narasumber dari penelitian ini, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum memiliki PICU. Sehingga untuk mengantisipasi adanya pasien pediatrik, perawat PICU ditempatkan di ICU.

Data SWOT Intalasi ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah sebagai berikut ini :

#### **Kekuatan ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

- S.1 Dokter spesialis anestesi *standby Oncall* 24 jam
- S.2 Lokasi strategis dan akses mudah untuk dicapai dari UGD dan IBS
- S.3 Terdapat 2 bed khusus ICCU
- S.4 Dokter non-anestesi yang mendukung kebutuhan pasien ICU bervariasi.
- S.5 Kualitas SDM yang cukup mumpuni untuk pelayanan ICU

#### **Kelemahan ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

- W.1 Tingginya kebutuhan pasien akan ICU.
- W.2 Kurangnya sarana dan prasarana ICU.
- W.3 Kepala ICU bukan merupakan dokter tetap anestesi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- W.4 Dokter tetap ICU hanya 1 dan menjabat sebagai pejabat struktural
- W. 5 Tidak adanya dokter umum khusus yang jaga 24 jam *standby* di ICU

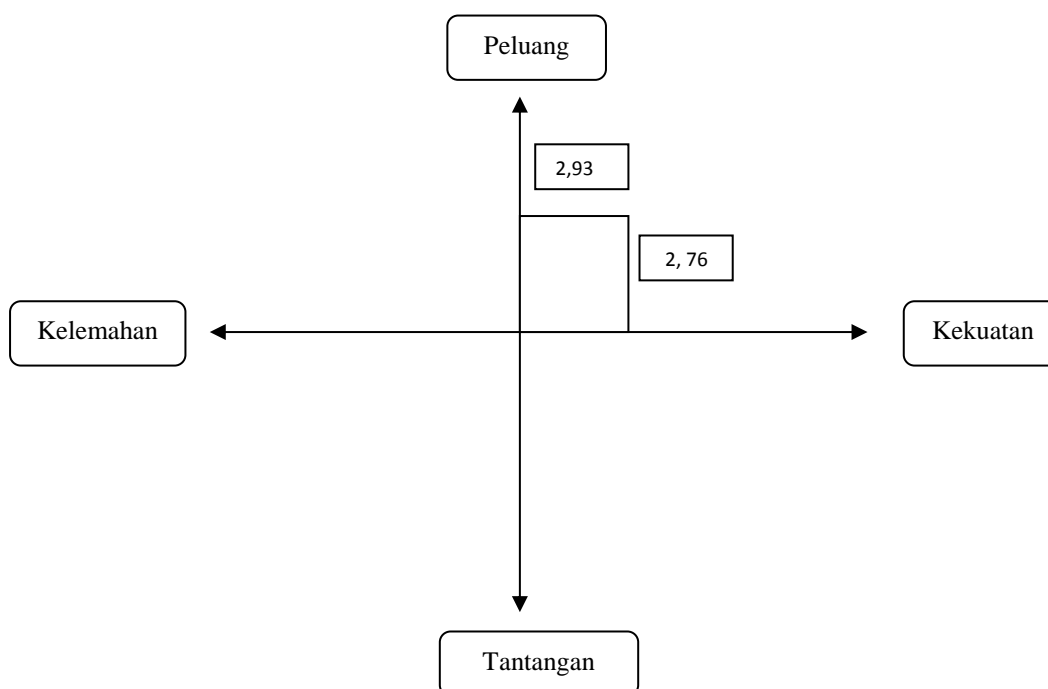
#### **Peluang ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

- O.1 Tidak adanya satupun rumah sakit di Yogyakarta yang menjadikan ICU sebagai Instalasi andalan
- O.2 Penerapan tarif flat akan menyamarakan pelayanan pasien di ICU
- O.3 Pasien BPJS yang terikat dengan Batasan biaya membuat dokter dan perawat harus seefektif dalam mengobati.
- O.4 Pasien rumah sakit sebagian besar adalah peserta non-umum atau dibiayai oleh pihak ketiga.
- O.5 Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki *Masterplan* yang akan segera diterapkan.

#### **Tantangan ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

- T.1 Remunerasi
- T.2 Perubahan pendapatan dokter akibat tarif flat di ICU
- T.3 Beban Supervisor ICU yang merangkap tugas kepala ICU dalam pengelolaan ICU
- T.4 Kepala ICU tidak *fulltime* dalam pengelolaan ICU
- T.5 SDM tidak tercukupi secara kuantitas

Diagram analisa SWOT sebagai berikut :



Berdasarkan diagram diatas posisi ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berada pada kuadran I. Dimana posisi ini adalah merupakan situasi yang sangat menguntungkan. Perusahaan memiliki peluang

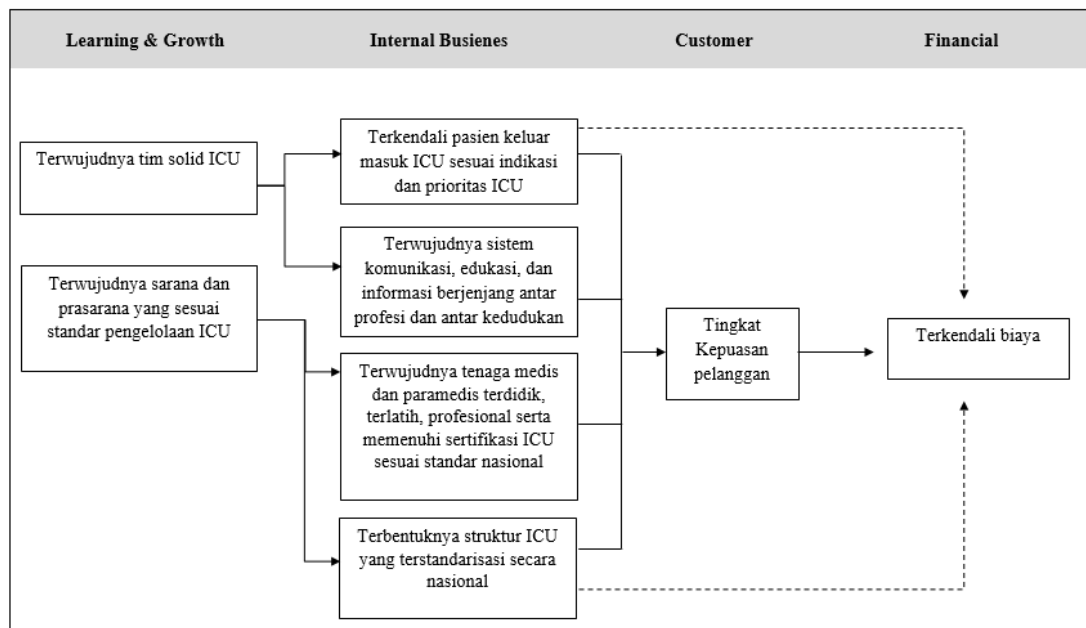
dan kekuatan sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada. Strategi yang diterapkan dalam kondisi ini dapat mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth oriented strategy*).

Berdasarkan matrix TOWS diatas ada beberapa alternatif pilihan strategi yang dapat dilakukan. Berikut beberapa alternatif strategi dirumuskan berdasarkan rangking :

#### Rekomendasi Strategi

Rangking	Rekomendasi Strategi	Alasan
1	<i>Growth Startegy (New Product Development)</i>	Hasil analisis matrix TOWS menunjukan bahwa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat mengembangkan tarif flat untuk mengendalikan biaya dan pelayanan ICU.
2	<i>Rebranding Strategy</i>	Dalam rangka pengembangan ICU perlukan <i>rebranding strategy</i> . <i>Rebranding Startegy</i> yang dimaksud disini adalah reorganisasi struktur pengelolaan Intalasi ICU.
3	<i>Service Quality</i>	ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta harus menjaga kualitas pelayanan secara berkesinambungan untuk seluruh pasien tanpa membeda-bedakan agar tumbuh kepercayaan dan kepuasan pasien sehingga <i>growth strategy</i> dapat terlaksana.
4	<i>Turn-around Strategy</i>	Mengkaji ulang seluruh aktivitas/biaya yang tidak diperlukan untuk mencapai tingkat efisiensi operasional.

## Peta Strategis Instalasi *Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Berdasarkan peta strategik diatas dapat disimpulkan bahwa diantara 4 perspektif tersebut memiliki hubungan yang signifikan untuk mempengaruhi satu sama lain. Dari perpektif *Learning and Growth* (Pembelajaran dan Pertumbuhan) dapat kita temukan bahwa terwujudnya tim solid ICU dan terwujudnya sarana dan prasarana yang sesuai standar pengelolaan ICU akan mempengaruhi perpektif *Internal Busines* (Proses bisnis internal). Dimana akan terkendaliannya pasien keluar masuk ICU sesuai indikasi dan prioritas ICU, terwujudnya sistem komunikasi, edukasi, dan informasi berjenjang antar profesi dan antar kedudukan, terwujudnya tenaga medis, dan paramedis terdidik, terlatih profesional serta memenuhi sertifikasi ICU sesuai standar nasional, serta tersbentuknya struktur ICU yang terstandarisasi secara nasional. Terbentuk proses bisnis internal yang sesuai dengan target akan meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan baik itu pelanggan internal maupun pelanggan eksternal yang masuk dalam perspektif *Costumer* (pelanggan). Hingga pada akhirnya akan membantu pengendalian biaya. Pengendalian pasien keluar masuk ICU sesuai indikasi dan prioritas ICU serta terbentuknya struktur ICU yang terstandarisasi secara nasional juga akan dapat mempengaruhi secara langsung biaya ICU. Hal ini lebih dititik beratkan pada terbentuknya struktur ICU

terlebih dahulu. Karena jika kepala ICU adalah seorang dokter tetap spesialis anastesi, maka pengendalian pasien keluar masuk ICU dengan menerapkan *close-system* ICU dapat terwujud dengan baik.

### DISKUSI

Permasalahan ICU terkait dengan biaya tidak pernah ada habisnya. Kasus-kasus pasien yang masuk kedalam ICU memiliki kompleksitas yang memerlukan multidisiplin dari ilmu, tenaga medis, paramedis, hingga ke pengobatannya. Komunikasi menjadi kunci yang sangat penting. Baik kepada pasien ataupun keluarga pasien, sesama tim medis, ataupun kepada pihak management. Komunikasi kepada keluarga pasien terkait kondisi pasien dan memprediksi kemungkinan yang akan terjadi, membuat keluarga pasien akan mudah membuat keputusan jika tiba-tiba terjadi sesuatu diluar yang diinginkan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Curtis dkk pada tahun 2012 menemukan bahwa mengajak anggota keluarga untuk berkomunikasi sedari awal, dan membuat perjanjian non-tertulis terkait dengan kondisi pasien akan membantu untuk mengurangi angka LOS<sup>6</sup>.

Penelitian terbaru di Newyork yang ditemukan oleh Ammas dalam suatu studi yang mempelajari tentang pentingnya *Family Care Rituals* (FCR) dalam penerimaan keluarga

pasien terhadap kondisi pasien. Penelitian ini melakukan survei hari pertama dan kelima setelah keluarga pasien diberikan intervensi. Intervensinya diantaranya pemberitahuan tentang kondisi pasien dan kemungkinan prognosisnya, mengingat >30% kondisi pasien yang masuk ke ICU adalah kondisi *end-stage*. Ternyata keterlibatan keluarga pasien sedari awal sebelum terapi dan memberikan pemahaman terkait intervensi apa saja yang akan dilakukan pada pasien dapat mengurangi kegagalan pelayanan pada pasien yang dapat berujung pada dugaan malpraktik <sup>7</sup>.

Peneliti menyusun sasaran strategis, *key performance indicator* (KPI), bobot, dan target ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dimana pengendalian biaya dapat melalui penurunan selisih biaya dan pendapatan pada pelayanan ICU, pengendalian angka LOS, dan kendali mutu dan kendali biaya melalui Clinical Partway. Evaluasi implementasi *clinical pathway* dapat dilakukan melalui audit rekam medis, kuisiner, dan *forum grup discussion* (FGD). Secara kuantitatif dapat dinilai melalui kuisiner *Integrated Care Appraisal Tools* (ICPAT). Dimana dikatakan baik bila >75%, *moderate* bila 60-75%, dan kurang bila <75% <sup>8</sup>. Tool ICPAT telah banyak digunakan diberbagai rumah sakit di Indonesia sebagai alat ukur implementasi *clinical pathway* yang telah diterapkan. Sebagaimana penelitian studi kasus yang telah dilakukan oleh Widyanita di RSUD Panembahan Senapati Bantul menemukan bahwa melalui alat ukur ini kita dapat melihat tingkat kepatuhan tim medis dalam menjalankan dan pengisian *clinical pathway*<sup>9</sup>.

Target untuk memiliki dokter spesialis Anestesi keahlian Konsultan Intensive Care harus dilakukan mengingat Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah rumah sakit tipe B yang harus memiliki pelayanan ICU sekunder. Melalui struktur yang baik pula Instalasi ICU dapat memiliki tim solid. Karena efek dari tim yang solid sangat berpengaruh terhadap pencapaian profesionalisme dalam tim. Katinakis melakukan sebuah penelitian tentang pelatihan khusus untuk membentuk suatu kinerja tim yang baik di Netherlands. Pelatihan

tersebut disebut dengan *Structural Crew Resource Management (CRM)/ Medical Team Work (MTW) Training*. Melalui pelatihan tersebut dievaluasi dalam 4 domain yaitu kepemimpinan, komunikasi, stress dan kesadaran situasional. Hasilnya pun didapatkan bahwa pelatihan CRM mampu meningkatkan kepercayaan diri dan kinerja seluruh tim di ICU. Komunikasi yang terjalin dan bentuk pembagian tugas pun dirasa lebih jelas dan tertata <sup>10</sup>.

## KESIMPULAN

ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki ruang lingkup pelayanan yang sama pada ruang lingkup pelayanan secara umumnya di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dimana masyarakat dengan terikat institusi atau pihak penjamin. Dibutuhkan reorganisasi dari manajemen pengelolaan ICU dikarenakan masih beberapa hal yang harus diperbaiki dari

ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta guna mencapai ICU sesuai dengan rekomendasi dari pemerintah Indonesia. Perlunya perbaikan dari desain, peralatan, dan ketenagaan ICU. Namun di sisi lain, ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah memiliki pelayanan medis yang sesuai rekomendasi dari pemerintah Indonesia, dan juga memiliki nilai lebih dari segi penerapan nilai-nilai islam dalam pelayanan ICU. Berdasarkan kekuatan, kelemahan, peluang, dan tantangan maupun ancaman ICU di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang telah diolah melalui analisa SWOT, matrix TOWS dan peta strategis, ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah dapat memanfaatkan Kekuatan dan Peluang sebagai strategi utama dalam pengelolaan ICU. KPI yang disusun berdasarkan analisa tersebut, guna untuk menggapai target rencana strategi pengelolaan ICU Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta sesuai dengan target di Rencana Strategi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang tersusun untuk 5 tahun kedepan.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010, Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit, 13 Desember 2010, Menteri Kesehatan Republik, Jakarta.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011, *Badan Penyelenggara Jaminan Nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256, Jakarta.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013, *Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
4. Statistic Center. 2014. *Analisis SWOT*. Available at: [daps.bps.go.id/file\\_artikel/66/Analisis%20SWOT.pdf](https://daps.bps.go.id/file_artikel/66/Analisis%20SWOT.pdf)
5. Himawan, Ferdinandus Agung. 2005. "Balanced Scorecard sebagai Alat Pengukuran Kinerja Manajemen (Studi Kasus PT Makro Indonesia Cabang Pasar Rebo, Jakarta)". *Jurnal* Vol. 8, No. 6, 56-57
6. Curtis, J.R., Engelberg, R.A., Bensink, M.E. and Ramsey, S.D., 2012. End-of-life care in the intensive care unit: can we simultaneously increase quality and reduce costs?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(7), pp.587-592.
7. Amass, T., Villa, G., Tomasi, L., Palmisciano, A., Yeow, M. E., De Gaudio, R., et al., 2016. Family Care Rituals (FCR) In The Intensive Care Unit (ICU). In C26. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, New York*. (pp. A4732-A4732).
8. Whittle, C.L., McDonald, P.S., Dunn, L. and de Luc, K., 2004. Developing the Integrated Care Pathway appraisal tool (ICPAT): a pilot study. *Journal of Integrated Care Pathways*, 8(2), pp.77-81.
9. Widyanita, Anietya, 2016, *Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Appendicitis Akut Pada Unit Rawat Inap Bagian Bedah di RUD Panembahan Senopati Bantul (Studi Kasus)*. (Doctoral disertatio, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)
10. Katinakis, P. A., & Spronk, P. E., 2016. The Effects Of Structural Crew Resource Management (CRM)/Medical Team Work (MTW) Training In The ICU, The MTW Impact And Evaluation Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Volume 193*. (pp. A3207-A3207)