

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL

Metode asuhan keperawatan profesional merupakan upaya untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan sehingga menjadi efektif dan efisien. Metode asuhan keperawatan professional memperlihatkan pelayanan yang lebih terstruktur dan terorganisir yang lebih profesional dan lebih baik dalam memberikan tingkat pelayanan asuhan keperawatan terhadap klien (Somantri, 2015; Budi, 2009; Rantung, 2013).

Metode keperawatan professional mengatur model/metoda pemberian asuhan dengan memberikan gambaran jelas tentang tugas, tanggung jawab dan kewenangan perawat dalam menyelesaikan asuhan, menetapkan siapa yang menjalankan tugas dan tanggung jawab, penyesuaian jumlah pasien dengan jenis tenaga perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam beberapa metoda, seperti: metoda tim, metoda keperawatan primer, metoda kasus, metoda moduler, serta metoda manajemen kasus, partnership model dan pasien focus dari pelayanan (patient care centre). Rumah sakit dapat menetapkan metoda yang paling memungkinkan untuk dilaksanakan.

Salah satu pelaksanaan perubahan yang nyata adalah memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan manajerial keperawatan yang handal. Profesionalisme perawat dapat diwujudkan dibidang pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu usaha untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan profesional tersebut adalah dengan melaksanakan

Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan. Dengan MAKP, perawat dapat memahami tugas dan tanggung jawabnya terhadap pasien sejak masuk hingga keluar rumah sakit. Implementasi MAKP harus ditunjang dengan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang memadai sehingga diharapkan dapat meningkatkan kepuasan bagi pasien, perawat dan tenaga kesehatan yang lainnya.

1. Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional

Ada lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan dimasa depan dalam menghadapi trend keperawatan (Nursalam, 2015).

a. Model Metode Asuhan Keperawatan Primer

Metode primer adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam. Menurut Nursalam (2014) metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi, dan evaluasi askep dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang ini merupakan tugas utama perawat primer yang 12 dibantu oleh perawat asosiet. Perawat yang

menggunakan metode keperawatan primer dalam pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (primary nurse).

b. Model Metode Asuhan Keperawatan Modular

Pengembangan model modular merupakan pengembangan dari primary nursing yang digunakan dalam keperawatan dengan melibatkan tenaga profesional dan non profesional.

Model modular mirip dengan model keperawatan tim, watan tim, karena tenaga profesional dan non profesional bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada beberapa pasien dengan arahan kepemimpinan perawat profesional.

Model modular mirip juga dengan model primer, karena tiap perawat bertanggung jawab terhadap asuhan beberapa pasien sesuai dengan beban kasus, sejak pasien masuk, pulang dan setelah pulang serta asuhan lanjutan kembali ke rumah sakit

c. Model Metode Asuhan Keperawatan Fungsional

Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. Metode ini digunakan sebagai pilihan terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, sehingga setiap perawat hanya mampu menjalankan 1-2 jenis tindakan/intervensi kepada semua pasien yang dirawat.

d. Model Metode Asuhan Keperawatan Kasus

Metode ini umumnya dijalankan di ruang perawatan seperti intensif dan isolasi. Rasio perawat 1:1, dimana perawat

bertanggung jawab melakukan asuhan dan observasi pasien tertentu. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif dan tidak ada jaminan pasien akan dirawat oleh perawat yang sama hari berikutnya.

e. Model Metode Asuhan Keperawatan Tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2 – 3 tim/group yang terdiri dari tenaga profesional, tehnikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu. Metode ini biasa digunakan pada pelayanan keperawatan di unit rawat inap, rawat jalan dan unit gawat darurat (Nursalam, 2015).

1) Nursalam (2015) menjelaskan konsep pelaksanaan metode tim ruang rawat antara lain:

- a) Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan.
- b) Pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin.
- c) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim.
- d) Peran kepala ruangan penting dalam model tim, model ini akan berhasil bila didukung oleh kepala ruangan

2) Kelebihan pelaksanaan metode tim (Nursalam, 2015) antara lain:

- a) memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh.
 - b) mendukung pelaksanaan proses keperawatan dan memungkinkan komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.
- 3) Kekurangan pelaksanaan metode tim (Nursalam, 2015) ialah:
- a) komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.
- 4) Berikut ini adalah uraian tanggung jawab perawat dalam pelaksanaan MAKP metode tim (Nursalam, 2015):
- a) Tanggung jawab anggota tim:
 - (1) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya.
 - (2) Kerjasama dengan anggota tim dan antar tim.
 - (3) Memberikan laporan
 - b) Tanggung jawab ketua tim:
 - (1) Membuat perencanaan.
 - (2) Membuat penugasan, supervisi dan evaluasi.
 - (3) Mengenal/ mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien.

- (4) Mengembangkan kemampuan anggota.
 - (5) Menyelenggarakan konferensi.
- c) Tanggung jawab kepala ruang:
- (1) Perencanaan
 - (a) Menunjukkan ketua tim akan bertugas di ruangan masing- masing
 - (b) Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya,
 - (c) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/ penjadwalan.
 - (2) Pengorganisasian
 - (a) Merumuskan metode penugasan yang digunakan
 - (b) Merumuskan tujuan metode penugasan
 - (c) Membuat rincian tugas tim dan anggota tim secara jelas,
 - (d) Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi 2 ketua tim dan ketua tim membawahi 2 – 3 perawat.
 - (3) Pengarahan
 - (a) Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim

- (b) Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik,
- (c) Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap
- (d) Menginformasikan hal – hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan aspek pasien
- (e) Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan, Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya
- (f) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.

(4) Pengawasan

- (a) Melalui komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim dalam pelaksanaan mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
- (b) Melalui supervisi: Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/ mengawasi kelemahannya yang ada saat itu juga

B. KINERJA PERAWAT

Kinerja adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi. Penilaian kinerja merupakan alat ukur yang paling dapat dipercaya oleh Manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas. Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan yang berkualitas tinggi. Perawat Manajer dapat menggunakan proses penilaian kinerja untuk mengatur arah kerja, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten. Kinerja perawat pelaksana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan dalam bentuk kinerja perawat dan harus didasari kemampuan yang tinggi sehingga kinerja mendukung pelaksanaan tugas dalam pelayanan keperawatan. Kinerja merupakan suatu hasil kerja seseorang yang dilakukan sesuai dengan tugas dalam suatu organisasi (Nursalam, 2015). Kinerja perawat merupakan tindakan yang dilakukan seorang perawat dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing masing dimana kinerja yang baik dapat memberikan kepuasan terhadap dirinya dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Widodo et al,2016) Sedangkan menurut Effendy, 2015. Kinerja perawat yang baik merupakan jembatan dalam menjawab jaminan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien baik yang sakit maupun yang sehat. Kunci utama dalam peningkatan kualitas pelayanan

kesehatan adalah perawatan yang mengenai kinerja tinggi. Mosse, (2020) menyatakan bahwa gambaran kinerja perawat kategori baik (33%), kategori cukup (43%) dan kinerja kategori kurang baik (24%). Hal ini dapat memberikan gambaran yang jelas bahwa kinerja perawat di rumah sakit belum maksimal sehingga akan berdampak pada pelayanan di rumah sakit. Peningkatan kinerja dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor.

1. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kinerja Perawat

Kinerja karyawan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Kompensasi

Menurut Hasibuan (2017:119) Kompensasi adalah semua pendapatan yang berbentuk uang, barang langsung atau tidak langsung yang diterima karyawan sebagai imbalan atas jasa yang diberikan kepada perusahaan. Pembentukan sistem kompensasi yang efektif merupakan bagian penting dari manajemen sumber daya manusia karena membantu menarik dan mempertahankan pekerjaan-pekerjaan yang berbakat. Selain itu sistem kompensasi perusahaan memiliki dampak terhadap kinerja strategis.

b. Lingkungan kerja

Menurut Danang (2015, p.38) lingkungan kerja adalah segala sesuatu yang ada disekitar para pekerja dan yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang dibebankan.

c. Budaya organisasi

Menurut Muhammad Iqbal (2017) ada korelasi yang kuat dan signifikan antara budaya organisasi yang kuat dengan kinerja perawat. Budaya organisasi yang kuat dapat menciptakan kesamaan tujuan, motivasi karyawan dan struktur pengendalian dalam membentuk perilaku untuk meningkatkan prestasi organisasi yang berdampak pada kinerja anggota organisasi (Kreitner & Kinicki, 2010). Budaya organisasi yang baik, akan mendorong perawat untuk bekerja lebih produktif dan memiliki sikap positif (Nur Aini, et.al., 2018)

d. Kepemimpinan dan motivasi kerja

Muhammad Heri Kiswanto (2018) bahwa terdapat pengaruh positif terhadap motivasi bekerja pegawai yang berarti bahwa gaya pimpinan dalam memimpin bawahannya mampu mendorong pegawai bekerja lebih baik hal ini terlihat dari besarnya pengaruh gaya kepemimpinan terhadap motivasi bekerja pegawai

e. Disiplin kerja

Menurut Hasibuan (2016), kedisiplinan kerja diartikan bilamana karyawan selalu datang dan pulang tepat pada waktunya, mengerjakan semua pekerjaan dengan baik, mematuhi semua peraturan perusahaan dan norma-norma sosial yang berlaku. Pada hakikatnya, pendisiplinan merupakan tindakan yang dilakukan karyawan dengan bersikap tanggung

jawab atas pekerjaan yang dilakukan, menekankan timbulnya masalah sekecil mungkin, dan mencegah berkembangnya kesalahan yang mungkin terjadi.

f. Kepuasan kerja

Yanchus, dkk (2015) mendefinisikan kepuasan kerja sebagai sikap positif maupun negatif seseorang terhadap pekerjaannya. Pada hakikatnya, kepuasan kerja merupakan perasaan senang atau tidak senang pekerja dalam memandang dan menjalankan pekerjaannya (Sutrisno, 2017).

g. Komunikasi

menurut Pieter dkk (2017), yang dimaksud dengan komunikasi keperawatan adalah suatu seni penyampaian serangkaian pesan atau informasi yang berkenaan dengan kegiatan keperawatan (kegiatan terapeutik keperawatan) yang dilakukan oleh seorang perawat (sekelompok) perawat dengan pasien atau klien.

C. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu dokumentasi yang berisi data yang lengkap, nyata, dan tercatat, bukan hanya tentang tingkat kesakitan klien, tetapi juga jenis atau tipe, kualitas, dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan klien (De Groot, Triemstra, Paans, & Francke, 2019). Dokumentasi keperawatan sangat penting dilakukan oleh perawat karena dokumentasi merupakan bukti secara tertulis perkembangan kesehatan pasien. Secara tertulis dokumentasi

merupakan salah satu alat yang mencerminkan kualitas asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap akan sulit untuk membuktikan bahwa asuhan keperawatan tersebut telah dilakukan dengan benar (Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, & Bany Hani, 2018). Perawat dapat mengkomunikasikan tindakan yang sudah dilakukan dalam bentuk tulisan, fakta-fakta penting tentang klien dengan tujuan mempertahankan kelangsungan pelayanan kesehatan selama kurun waktu tertentu.

Penelitian Cheevakasemsook et.al 2006 (Widodo et.al,2016) tentang pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di Thailand menunjukkan bahwa terdapat kekacauan dalam pendokumentasian dimana pendokumentasian yang diterapkan tidak sesuai dengan standar. Kebanyakan pendokumentasian tidak terdapat diagnosa dan perencanaan, hanya ada pengkajian dan sedikit catatan perawat. Dengan adanya metode tim mempermudah melakukan asuhan keperawatan dan meningkatkan kinerja perawat dalam menangani pasien. Metode tim didasarkan pada setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan. Tuntutan kerja terhadap kinerja perawatan dirasa tidak cukup sebanding dengan kompensasi yang diberikan rumah sakit. Keluhan perawat akan kondisi pekerjaan dan belum adanya penghargaan atas hasil kerja merupakan salah satu pemicurendahnya kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Kadrianti et al ., 2014).

Di Indonesia kualitas dokumentasi keperawatan masih rendah. Terlihat dari penelitian yang dilakukan oleh Defni (2017) dengan judul

“Pengaruh Pendokumentasian Model Checklist terhadap Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di RSUD Arosuka Tahun 2017” diperoleh hasil penelitian dari 300 sampel rekam medik dokumentasi keperawatan sebanyak 69,3% berada dalam kategori tidak lengkap. Hasil penelitian Ahsan, Noviyanti, dan Putri (2019) dengan judul “Pengaruh Pelatihan Berbasis Knowledge Management terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang 26 HCU Paru Rumah Sakit Saiful Anwar Malang” diperoleh sebanyak 63% yang terdiri dari kelengkapan pengkajian, sebanyak 53% diagnosis, perencanaan keperawatan sebanyak 61%, implementasi dan evaluasi sebanyak 75%. Kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh kinerja perawat dalam pendokumentasian. Menurut Yani, Wahyuni, dan Priscilla (2019) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor individu sendiri, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Penelitian terhadap faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan di Ethiopia pernah dilakukan oleh Tasew, Mariye, dan Teklay (2019) mendapatkan bahwa perawat saat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan didapatkan kendala pada ketidakcukupan lembar kerja, ketidakcukupan waktu, ketidaksesuaian dengan standar operasional, dan kesulitan dalam menulis dan format dokumentasi yang tidak tepat.

1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pendokumentasian Keperawatan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Noviani & Susanti (2015) terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan adalah minimnya sumber daya manusia (SDM), banyaknya beban kerja, pengetahuan, dan motivasi kerja.

a. Sumber daya manusia (SDM)

Menurut Badriyah (2015), perencanaan SDM bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya yang dibutuhkan, baik kuantitas maupun kualitas telah tersedia pada saat diperlukan. Kelebihan maupun kekurangan jumlah SDM dalam perusahaan mengindikasikan bahwa perencanaan SDM belum dilaksanakan dengan baik. Perencanaan SDM menjadi dasar dalam keputusan dalam rekrutmen, seleksi dan penempatan karyawan.

b. Beban kerja Perawat

Menurut Moekijat dikutip Mastini (2013) dalam Noviani (2015) beban kerja adalah volume dari hasil kerja yang dihasilkan oleh sejumlah pegawai dalam suatu bagian tertentu. Jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh sekelompok atau seseorang dalam waktu tertentu atau beban kerja dapat dilihat pada sudut pandang objektif dan subjektif. Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan

keperawatan. Menurut Gillies dalam Utami (2006) dalam Noviani (2015) beban kerja perawat bersumber pada pekerjaan keperawatan dan administrasi. Sebagian besar pekerjaan perawat masih berkaitan dengan administrasi.

c. Pengetahuan perawat

Dokumentasi bukan hanya sekedar menuliskan sesuatu dalam lembar pencatatan, tetapi harus lebih dahulu memikirkan dan menganalisis apa yang akan dan harus dicatat (Hatta, 2013) dalam Noviani (2015). Namun terkadang dalam proses dokumentasi asuhan keperawatan masih ada yang terlewat tidak diisi hal ini disebabkan oleh tingginya kesibukan perawat. Pengetahuan terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan tersebut dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan pekerjaannya. Dimana ketika seorang perawat lupa tidak mengisi dokumentasi asuhan keperawatan walaupun hanya satu poin saja akan dianggap biasa saja tanpa adanya kemauan untuk merubah kebiasaan tersebut. Menurut Hatta (2013) dalam Noviani (2015) Rekam medis dapat dikatakan lengkap apabila terisinya data identifikasi pasien, pelaporan penting, autentifikasi serta menggunakan tata cara pendokumentasian yang baik. Apabila rekam medis tidak di isi dengan lengkap maka hal ini akan berdampak pada keakuratan isi rekam medis serta aspek kelegalan rekam medis tersebut menjadi tidak sah. Selain itu juga pengisian yang tidak lengkap terhadap rekam

medis pun akan berdampak pada fungsi dari rekam medis yaitu administratif, legal, financial, research, education, documentation.

d. Motivasi Perawat

Motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. (Nursalam, 2017). Ketika beban kerja di ruang bedah tinggi maka motivasi kerja dari perawat pun semakin menurun namun tidak semua perawat memiliki motivasi yang rendah, tergantung terhadap perawat itu sendiri. Menurunnya motivasi seorang perawat akan berpengaruh terhadap pemberian pelayanan kesehatan pada pasien terutama cara penyampaian informasi kesehatan pada pasien

D. RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP

1. Sejarah

Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap sebagai salah satu rumah sakit swasta yang sedang berkembang terus berbenah diri dalam segala aspek pelayanan baik pembenahan manajemen rumah sakit, sarana prasarana dan peralatan maupun SDM-nya.

Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap sebagai pengemban amanah dan risalah melalui pelayanan kesehatan yang Islami didukung oleh

pelayanan bermutu dalam rangka membantu sesama untuk mencari ridho Allah SWT.

Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Mewujudkan rumah sakit yang sehat, bersih, indah dan nyaman.
- b. Menjadi pusat pelayanan kesehatan bermutu, melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- c. Mewujudkan manajemen profesional melalui Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Manusia yang berkesinambungan.
- d. Menerapkan standar keselamatan pasien, keselamatan kerja dan kepuasan pelanggan.
- e. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.

Berdirinya Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap diawali pada tanggal 29 Juni 1983 bertepatan dengan bulan suci Ramadhan 1403 H dengan berdirinya Yayasan Rumah Sakit Islam Cilacap dengan Akte Notaris Endang Sudarwati, SH No. 55 tanggal 20 Juli 1983.

Pada awalnya Yayasan Rumah Sakit Islam Cilacap mendirikan sebuah Klinik Kesehatan/Balai Pengobatan pada tahun 1986. Balai Pengobatan tersebut secara perlahan tumbuh dan berkembang sehingga pada tanggal 10 September 1992 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 0846/YK/RSKS/PA/IX/92 tanggal 10 September 1992 secara resmi menjadi Rumah Sakit dengan nama **RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP**.

Dengan dikeluarkannya UU Yayasan No. 16 tahun 2001 dan UUYayasan No. 28 tahun 2004, maka dilakukan penyesuaian akta Yayasan menjadi Nomor 50 tanggal 14 Desember 2010 oleh Notaris Imam Syuhada dan mendapat pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak asasi Manusia Republik Indonesia Nomor : AHU-709.AH.01.04. Tahun 2011 tanggal 1 Februari 2011.

Selanjutnya secara berturut-turut pemberian ijin operasional Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap sebagai berikut :

- a. Ijin Tetap Perpanjangan (I) berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : YM.02.04.3.5.5719 tanggal 15 April 1998.
- b. Ijin Tetap Perpanjangan (II) berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : YM.02.04.2.2.304 tanggal 30 Januari 2004.
- c. Ijin Tetap Perpanjangan (III) berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : HK.07.06/III/3669/08 tanggal 13 Oktober 2008.
- d. Ijin Operasional dari Bupati Cilacap berdasarkan Keputusan Bupati Cilacap Nomor : 445/247/15/TAHUN 2015 tanggal 27 Maret 2015, berlaku sampai dengan 13 April 2020.

2. Falsafah, Visi, Misi

- a. Falsafah

“Melayani dengan Profesional dan Ikhlas”

b. Visi

Menjadi rumah sakit rujukan utama yang mandiri, unggul dan islami dalam pelayanan di wilayah Cilacap pada tahun 2025

c. Misi

- 1) Mengadakan sumber daya insani spesialis, sub spesialis dan tenaga profesi lain yang mandiri sesuai dengan kebutuhan dan regulasi yang berlaku
- 2) Mengembangkan kompetensi sumber daya insani meliputi kompetensi personal, kompetensi profesional dan kompetensi sosial di semua lini pelayanan.
- 3) Membangun jejaring rumah sakit di berbagai tingkatan dan bekerjasama dengan mitra strategis untuk pengembangan pelayanan
- 4) Mengembangkan gedung rumah sakit yang nyaman dan modern sesuai standar
- 5) Menyediakan peralatan medis sesuai standar serta mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 6) Mengembangkan perangkat manajemen dan teknologi informasi yang inovatif dan responsif yang mampu menjawab tantangan global
- 7) Memberikan pelayanan yang bermutu, profesional dan Islami untuk mencapai kepuasan pelanggan dengan mengutamakan keselamatan pasien dan keselamatan kerja.

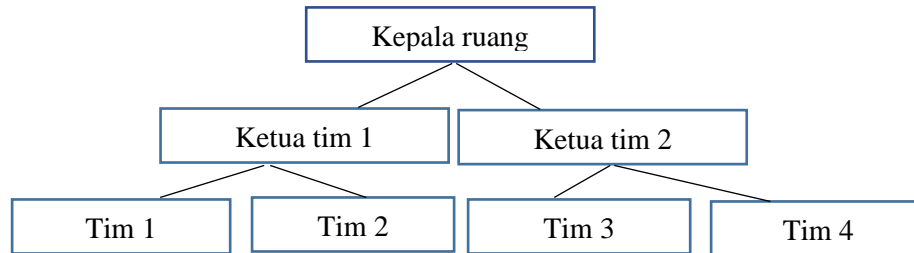
- 8) Mengimplementasikan standar akreditasi rumah sakit dan standar Syariah dalam pelayanan.
 - 9) Berperan aktif dalam pelaksanaan Program Nasional (PONEK, DOTS, HIV/AIDS, PPRA dan pelayanan Geriatri)
 - 10) Implementasi konsep CSR
3. Jenis Pelayanan Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap
- a. Rawat Jalan
 - 1) Klinik Umum
 - 2) Klinik Gigi
 - 3) Klinik Anak
 - 4) Klinik Penyakit Dalam
 - 5) Klinik Bedah
 - 6) Klinik Kebidanan dan Kandungan
 - 7) Klinik Saraf
 - 8) Klinik Bedah Tulang/Ortopedi
 - 9) Klinik Mata
 - 10) Klinik Kejiwaan
 - 11) Klinik THT
 - 12) Klinik Paru
 - 13) Klinik Dots
 - 14) Klinik VCT
 - 15) Klinik Gizi
 - 16) Klinik Fisioterapi
 - 17) Akupunktur

- 18) Klinik Urologi
 - 19) Klinik Jantung
 - b. Instalasi Gawat Darurat
 - c. Instalasi bedah Central
 - d. Instalasi Hemodialisa
 - e. Intensive Care Unit (ICU)
 - f. Instalasi Rawat Inap
4. Fasilitas Penunjang
- a. Instalasi Radiologi
 - b. Instalasi Laboratorium
 - c. Instalasi Farmasi (24 jam)
 - d. Instalasi Gizi
 - e. Pelayanan Ambulan dan kereta jenazah
 - f. Pemulasaran Jenazah
5. Sarana Umum
- a. Tempat Ibadah/Masjid AS-SYIFA
 - b. Tempat Parkir
 - c. Koperasi dan Kantin MAKSOF MUBAROK
 - d. ATM

E. Instalasi Rawat Inap RSI Fatimah Cilacap

Pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Islam Fatima Cilacap adalah bentuk implementasi pelayanan asuhan keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien selama dalam perawatan. RSI Fatimah memiliki berbagai kelas rawat inap mulai dari kelas 3, 2, 1, VIP.

Dari masing- masing ruang rawat inap tersebut rata-rata menggunakan sistem kerja dengan menggunakan metode penugasan tim, dari ruang rawat inap ini terdiri dari kepala ruang, ketua tim, dan anggota tim yang meliputi setiap tim yaitu 4 tim berisi 4 personel yang tergambar pada struktur kerja sebagai berikut :



Kerangka Teori

