

MODEL DOKUMENTASI SOR, POR, FLOWSHEET



Ns. IGYP, S.Kep, M.Kes

Source Oriented Record (Sor)

- Suatu model pendokumentasian yang berorientasi pada sumber informasi.
- Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan.
- Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap.

Source Oriented Record (Sor)

- Didalam model ini terdapat : catatan pasien ditulis oleh dokter
- Catatan tsb terdiri lembar untuk mencatat instruksi, lembar riwayat penyakit, dan perkembangan penyakit
- Riwayat keperawatan ditulis oleh perawat.
- Format catatan perawat meliputi Riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik.
- Begitu pula disiplin lain mempunyai catatan lain

Source Oriented Record (Sor)

- Model dokumentasi SOR terdiri dari lima komponen antara lain.
 - a. Lembaran penerimaan berisi biodata.
 - b. Lembar intruksi dokter.
 - c. Lembar riwayat medis atau penyakit.
 - d. Catatan perawat.
 - e. Catatan laporan khusus.

FORMAT SOR

Sumber :

P : Perawat

D: Dokter

F : Fisioterapi

G : Ahli gizi

Tanda Tangan dan Tanggal

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/Bulan/Tahun	Waktu Intervensi	P	<ul style="list-style-type: none">• Meliputi pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana intervensi, rencana segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi, efektifitas intervensi• Tanda tangan perawat
		D	<ul style="list-style-type: none">• Meliputi obs keadaan klien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaian lainnya, rencana intervensi dan pengobatan terbaru• Tanda tangan dokter
		F	<ul style="list-style-type: none">• Meliputi hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi, masalah klien, rencana, intervensi dan evaluasi• Tanda tangan fisioterapi

Keuntungan Model SOR

- Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
- Memudahkan perawat untuk secara bebas menentukan bagaimana data akan dicatat.
- Format Dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil.
- Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

Kerugian SOR

- Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi (terpotong2), karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- Superfisial pencatatan tanpa data yang jelas.
- Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- Perkembangan klien sulit di monitor.

PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)

- Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan serta disusun menurut masalah klien.
- Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

KOMPONEN MODEL DOKUMENTASI POR

- a. Data dasar.
- b. Daftar masalah.
- c. Daftar rencana awal Asuhan Keperawatan.
- d. Catatan perkembangan.

a. Data dasar.

- Data yg berisi semua informasi yg dikaji dari klien pertama MRS
- Data dasar mencakup :
 1. Pengkajian keperawatan
 2. Riwayat penyakit/ kesehatan
 3. Pemeriksaan fisik
 4. Pengkajian ahli gizi
 5. Data penunjang (hasil laboratorium)
- Data dasar yg terkumpul digunakan untuk mengidentifikasi masalah klien

b. Daftar masalah.

- Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar. Daftar masalah ini dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosio-kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan.
- Data subjektif dan objektif
- Setiap masalah di beri tanggal, nomor, dirumuskan, dan dicantumkan nama perawat yg menemukan masalah

c. Daftar rencana awal Asuhan Keperawatan.

- Rencana askep ditulis oleh perawat yg menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksi medis, sdgkan prwat menulis instruksi keperawatan atau rencana askep. Perencanaan awal terdiri dari 3 bagian :
 1. Diagnostik
 2. Usulan terapi
 3. Pendidikan klien

d. Catatan perkembangan.

- Berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap masalah yang telah dilakukan intervensi
- Beberapa acuan catatan perkembangan yang dapat digunakan :
 - SOAP (subjective, objective, Assesment, plan)
 - SOAPIER (soap + intervention, evaluation, rivise)
 - PIE (problem, intervention, evaluation)

Contoh format model POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Intervensi	Catatan Perkembangan
Data Subjective Data Objective	1	1. 2. 3. dst	SOAP SOAPIER PIE
Data Subjective Data Objective	1	1. 2. 3. dst	SOAP SOAPIER PIE

Keuntungan POR

- Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- Pencatatan tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan.
- Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas.
- Daftar masalah merupakan “checklist” untuk diagnosa keperawatan dan untuk masalah klien.
- Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan.
- Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

Kerugian POR

- Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah blm dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana askep

Flow sheet/ Checklist

- Salah satu bentuk catatan perkembangan yang berisi hasil observasi dan tindakan.
- Flow sheet memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara narative, termasuk data klinik klien.
- Cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat gravik yang terdapat pada flow sheet

Desain dan Syarat Standar dari Teknik Checklist/Flow Sheet

- Kolom untuk nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan.
- Hasil pengkajian, KIE, observasi, tindakan, dan lain-lain.
- Hasil observasi atau intervensi khusus.
- Nama pasien, waktu (tanggal, bulan dan tahun), nama perawat dan tanda tangan.
- Hanya menuliskan judul tindakan, sedangkan penjabaran lebih lanjut diuraikan secara narasi.

Contoh Pendokumentasian Flowsheet

CHECK LIST PERAWATAN LUKA

Tanggal/bulan/tahun :

Waktu/Jam :

Kriteria Luka

Ada

Tidak Ada

Ket

1. Ukuran Luka

2. Jaringan Nikrotik

3. Jaringan Nikrotik yang melekat

4. Berbau, pus

5. Kotor

6. Kelembutan batas/tepi luka

7. Temperatur Kulit

Keuntungan Flow Sheet/ Checklist

- a) Cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi
- b) Dapat lebih mudah untuk mengetahui perkembangan pasien,
- c) Memperkuat aspek
- d) Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan
- e) Membatasi narasi yang terlalu luas
- f) Mudah dibaca

Kerugian Flowsheet

- a) Memungkinkan duplikasi data, rancangan dan format
- b) Tidak ada ruang untuk pencatatan tentang kejadian yang tidak biasa terjadi dan bertahan untuk menggunakan lembar alur
- c) Memperluas catatan medik dan menciptakan penggunaan penyimpanan



Thank You

EVALUASI

The background is a gradient of teal and green, with several white and light blue wavy lines and curves that create a sense of motion and depth. The word 'EVALUASI' is centered in a bold, black, sans-serif font.