

Dokumentasi Keperawatan: Model SOR & POR

Dosen Pengampu:

Adinda Fadhilah, S.Kep., Ns., M.Kep.

D3 KEPERAWATAN

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

REKAM MEDIS



Pengertian & Sejarah Model Dokumentasi SOR

Apa Itu SOR?

Source Oriented Record (SOR) adalah model dokumentasi rekam medis yang mengorganisasikan data pasien berdasarkan **sumber informasi** atau profesi yang mencatat. Setiap tenaga kesehatan — dokter, perawat, ahli gizi, farmasi, dan lainnya — memiliki bagian pencatatan tersendiri yang terpisah dalam satu berkas rekam medis.

Dalam model ini, setiap disiplin ilmu memiliki lembar atau bagian dokumentasi yang menjadi "milik" profesinya, sehingga data pasien tersusun secara vertikal berdasarkan sumber pencatatnya.

Sejarah & Latar Belakang

Model SOR berkembang seiring dengan semakin kompleksnya pelayanan kesehatan di rumah sakit pada abad ke-20. Ketika berbagai profesi kesehatan mulai bekerja bersama dalam satu tim, muncul kebutuhan untuk mengorganisasi data pasien secara terstruktur.

Pada awalnya, rumah sakit menggunakan sistem pencatatan yang sangat sederhana. Namun, seiring meningkatnya jumlah tenaga kesehatan dan spesialisasi, diperlukan sistem yang memungkinkan setiap profesi mencatat secara mandiri tanpa tumpang tindih. SOR menjadi solusi karena mudah diterapkan — setiap profesi cukup mengisi bagian mereka masing-masing.

Model ini sangat dominan digunakan di rumah sakit Indonesia sebelum kemudian berkembang model-model dokumentasi lain seperti POR yang lebih berorientasi pada masalah pasien.

Tujuan & Prinsip Dasar Model SOR

1

Tujuan Penggunaan SOR

- Memudahkan setiap profesi kesehatan untuk mendokumentasikan asuhan secara mandiri dan terstruktur
- Menjamin kelengkapan data dari berbagai disiplin ilmu kesehatan
- Memfasilitasi komunikasi antar profesi melalui rekam medis yang terorganisir
- Menyediakan bukti dokumentasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan etik
- Mendukung evaluasi kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh

2

Prinsip Dasar Dokumentasi SOR

- **Orientasi pada Sumber:** Setiap catatan diklasifikasikan berdasarkan siapa yang mencatat (sumber informasi)
- **Kemandirian Profesi:** Setiap tenaga kesehatan bertanggung jawab penuh atas bagian dokumentasinya sendiri
- **Kronologis:** Pencatatan dilakukan secara berurutan berdasarkan waktu pemberian asuhan
- **Kelengkapan:** Setiap bagian harus diisi lengkap sesuai standar profesi masing-masing
- **Akuntabilitas:** Setiap catatan harus ditandatangani oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan

3

Struktur Pencatatan SOR

Rekam medis SOR disusun dalam satu berkas besar yang berisi beberapa bagian terpisah:

- Bagian Catatan Dokter (medis)
- Bagian Catatan Perawat (asuhan keperawatan)
- Bagian Ahli Gizi (status nutrisi)
- Bagian Farmasi (riwayat obat)
- Bagian Laboratorium & Radiologi
- Bagian Profesi Kesehatan Lainnya

Sumber Data & Sistem Pengorganisasian dalam SOR

Dalam model SOR, data pasien dikumpulkan dari berbagai sumber profesi yang berbeda. Setiap sumber memiliki format dan fokus pencatatan yang khas sesuai bidang keilmuannya. Berikut adalah sumber-sumber data utama yang terdapat dalam rekam medis SOR:



Catatan Dokter

Berisi anamnesis, diagnosis medis, rencana terapi, instruksi pengobatan, dan evaluasi perkembangan kondisi medis pasien. Merupakan bagian paling sentral dalam rekam medis SOR.



Catatan Perawat

Mencakup pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi yang dilakukan, catatan perkembangan (CPPT), dan evaluasi asuhan keperawatan secara berkala.



Catatan Ahli Gizi

Berisi asesmen status gizi, perhitungan kebutuhan kalori, rencana diet, dan monitoring asupan makanan pasien selama perawatan di rumah sakit.



Catatan Farmasi

Mendokumentasikan riwayat pemberian obat, dosis, frekuensi, efek samping yang diamati, serta interaksi obat yang perlu diperhatikan selama perawatan.



Hasil Laboratorium

Terdiri dari hasil pemeriksaan darah, urin, kultur, dan berbagai pemeriksaan penunjang lainnya yang menjadi dasar objektif dalam pengambilan keputusan klinis.



Alur Pencatatan SOR: Pasien masuk → Setiap profesi mencatat di bagiannya masing-masing → Data terkumpul dalam satu berkas → Berkas dapat diakses oleh seluruh tim → Dokumentasi menjadi sumber evaluasi dan komunikasi antar profesi.

Karakteristik Utama Model Dokumentasi SOR

Ciri-Ciri Khas SOR

→ Berorientasi pada Sumber Informasi

Data diklasifikasikan berdasarkan *siapa* yang mencatat, bukan berdasarkan masalah atau kebutuhan pasien. Ini adalah ciri paling mendasar yang membedakan SOR dari model lain.

→ Pencatatan Terpisah per Profesi

Setiap tenaga kesehatan memiliki lembar atau bagian dokumentasi sendiri. Perawat tidak menulis di bagian dokter, dan sebaliknya — menjaga kejelasan tanggung jawab.

→ Bentuk Pencatatan Kronologis

Dalam setiap bagian profesi, catatan disusun berdasarkan urutan waktu. Ini memudahkan pelacakan perkembangan dari waktu ke waktu oleh profesi yang bersangkutan.

→ Mudah Digunakan Tiap Profesi

Setiap profesi hanya perlu memahami dan mengisi bagian mereka sendiri, sehingga mengurangi beban kognitif dan meningkatkan kepatuhan dokumentasi.

Cara Membaca Data Pasien pada SOR

Ketika seorang perawat atau dokter ingin memahami kondisi pasien secara menyeluruh menggunakan model SOR, mereka harus:

1. Membuka bagian catatan dokter untuk melihat diagnosis dan rencana terapi
2. Membaca catatan perawat untuk mengetahui perkembangan kondisi harian dan intervensi yang telah dilakukan
3. Memeriksa hasil laboratorium untuk data objektif terkini
4. Melihat catatan farmasi untuk memastikan kepatuhan pengobatan
5. Mengecek catatan ahli gizi untuk status nutrisi pasien

Kekurangan utama: Untuk mendapatkan gambaran utuh tentang pasien, tenaga kesehatan harus membaca **semua bagian** secara terpisah — tidak ada ringkasan terintegrasi berdasarkan masalah.

Komponen, Format & Contoh Rekam Medis SOR

Rekam medis model SOR umumnya terdiri dari beberapa komponen utama yang tersusun dalam satu berkas. Berikut adalah gambaran struktur dan contoh format yang biasa digunakan di rumah sakit Indonesia:

Identitas Pasien

Nama, nomor rekam medis, tanggal lahir, alamat, dan data demografis lainnya yang menjadi dasar identifikasi pasien.

Lembar Catatan Dokter

Terdiri dari: Resume Medis, Informed Consent, Instruksi Dokter, Catatan Perkembangan Medis, dan Surat Keluar/Mati.

Lembar Catatan Perawat

Mencakup: Pengkajian Keperawatan, CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), Lembar Observasi TTV, dan Daftar Masalah Keperawatan.

Lembar Penunjang

Hasil laboratorium, radiologi, EKG, catatan gizi, catatan farmasi, dan catatan dari profesi kesehatan lainnya yang terlibat.

Contoh Format CPPT dalam SOR

Tanggal: 15 Januari 2025 | **Pukul:** 08.00 WIB

S (Subjektif): Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi skala 4/10, sudah bisa makan sedikit.

O (Objektif): TD 120/80 mmHg, N 88x/menit, S 36.8°C. Luka operasi kering, tidak ada tanda infeksi.

A (Assessment): Nyeri akut b.d tindakan bedah — terkontrol sebagian.

P (Planning): Lanjutkan manajemen nyeri, observasi tanda infeksi, mobilisasi bertahap.

— Perawat: Ns. Sari, S.Kep

Kelemahan Format SOR

- Data pasien tersebar di banyak bagian — sulit mendapatkan gambaran menyeluruh secara cepat
- Potensi duplikasi informasi antar profesi
- Komunikasi antar profesi bergantung pada kemauan membaca seluruh berkas
- Tidak terstruktur berdasarkan masalah pasien, sehingga evaluasi per masalah menjadi sulit
- Risiko informasi penting "tersembunyi" di bagian yang jarang dibaca

Penggunaan SOR di Pelayanan Kesehatan

Penerapan SOR di Rumah Sakit

Model SOR masih banyak digunakan di rumah sakit Indonesia, terutama rumah sakit pemerintah dan rumah sakit dengan sistem rekam medis konvensional (berbasis kertas). SOR dipilih karena:

- **Mudah diimplementasikan:** Tidak memerlukan pelatihan khusus yang kompleks — setiap profesi cukup mengisi bagiannya
- **Kompatibel dengan struktur organisasi:** Sesuai dengan pembagian departemen dan unit kerja di rumah sakit
- **Regulasi mendukung:** Peraturan Menteri Kesehatan tentang rekam medis mengakomodasi format SOR
- **Biaya rendah:** Tidak memerlukan sistem informasi elektronik yang mahal

Komunikasi Antar Profesi dalam SOR

Meskipun data terpisah, SOR tetap berfungsi sebagai media komunikasi antar profesi. Cara kerja komunikasi dalam SOR:

- Dokter menulis instruksi di lembar instruksi dokter → Perawat membaca dan melaksanakan → Perawat mendokumentasikan di lembar keperawatan
- Hasil laboratorium dikirim ke berkas → Dokter dan perawat membaca dan merespons
- Ahli gizi mencatat rekomendasi diet → Perawat mengimplementasikan dan memonitor

Keefektifan komunikasi sangat bergantung pada **kedisiplinan seluruh tim** dalam membaca seluruh berkas, bukan hanya bagian mereka sendiri.



Catatan Penting: Meskipun SOR masih banyak digunakan, tren global bergerak menuju model dokumentasi yang lebih terintegrasi seperti POR dan dokumentasi elektronik (EHR) yang menggabungkan kelebihan berbagai model.

Pengertian & Latar Belakang Model POR

Apa Itu POR?

Problem Oriented Record (POR) adalah model dokumentasi rekam medis yang mengorganisasikan seluruh data dan informasi pasien berdasarkan **masalah kesehatan** yang dialami pasien, bukan berdasarkan profesi pencatat.

Dalam POR, semua catatan dari berbagai profesi kesehatan diintegrasikan ke dalam satu alur dokumentasi yang berpusat pada daftar masalah (*problem list*) pasien. Setiap masalah memiliki catatan perkembangan tersendiri yang dapat diisi oleh berbagai profesi yang terlibat.

Latar Belakang Munculnya POR

Model POR dikembangkan oleh **Dr. Lawrence Weed** pada tahun 1960-an di Yale University, Amerika Serikat. Dr. Weed mengamati bahwa rekam medis konvensional (seperti SOR) memiliki kelemahan serius:

- Data tersebar dan tidak terorganisir berdasarkan masalah
- Sulit melacak perkembangan satu masalah tertentu
- Komunikasi antar profesi tidak terstruktur
- Pengambilan keputusan klinis tidak sistematis

Dr. Weed kemudian mengembangkan sistem dokumentasi yang **berpusat pada masalah pasien** dengan metode SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) sebagai tulang punggung pencatatannya. Model ini revolusioner karena mengubah cara tenaga kesehatan berpikir dan mendokumentasikan asuhan — dari yang berorientasi profesi menjadi berorientasi masalah pasien.

Tujuan POR

Menyediakan dokumentasi yang sistematis, terintegrasi, dan berfokus pada penyelesaian masalah kesehatan pasien secara komprehensif oleh seluruh tim.

Prinsip Dasar

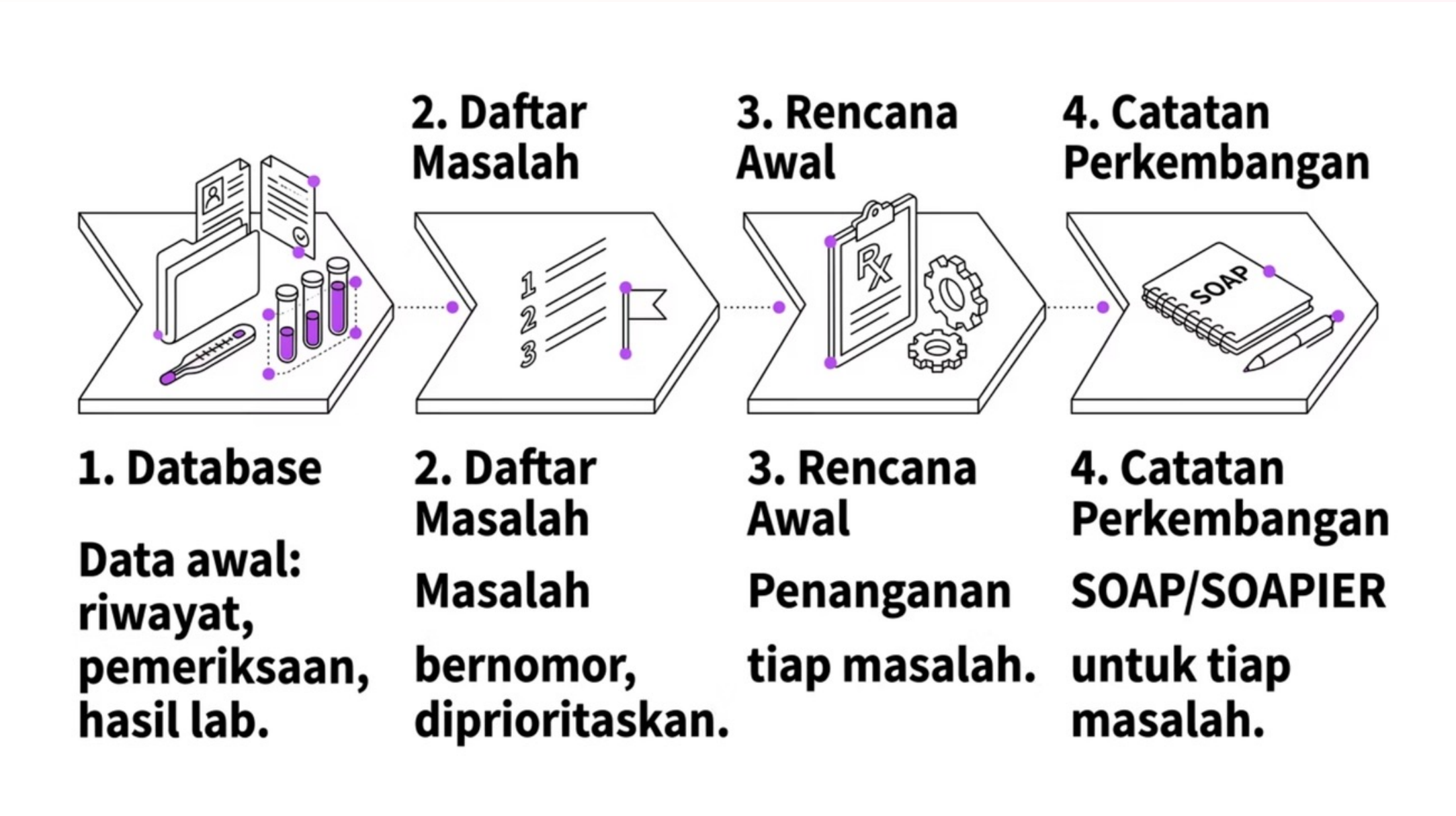
Setiap masalah pasien didokumentasikan secara terpisah dengan alur SOAP, memungkinkan evaluasi yang terstruktur dan komunikasi yang efektif antar profesi.

Relevansi Keperawatan

POR sangat selaras dengan proses keperawatan (pengkajian-diagnosis-intervensi-evaluasi) sehingga mudah diadaptasi dalam praktik keperawatan modern.

Struktur & Komponen Utama Model POR

Dokumentasi POR terdiri dari empat komponen utama yang saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan sistem dokumentasi yang komprehensif. Keempat komponen ini harus ada dan diisi secara berurutan:



Metode SOAP dalam POR

Setiap *progress note* dalam POR menggunakan metode **SOAP** yang dikembangkan Dr. Weed:

- **S — Subjective:** Keluhan dan pernyataan pasien (apa yang dikatakan pasien)
- **O — Objective:** Data objektif yang dapat diukur dan diamati (TTV, hasil lab, temuan fisik)
- **A — Assessment:** Analisis dan interpretasi perawat/dokter terhadap data S dan O
- **P — Plan:** Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk menangani masalah

Variasi yang lebih lengkap adalah **SOAPIER**: menambahkan *Intervention* (tindakan yang sudah dilakukan), *Evaluation* (evaluasi hasil), dan *Revision* (revisi rencana jika diperlukan).

Hubungan POR dengan Proses Keperawatan

Model POR memiliki keselarasan yang sangat erat dengan proses keperawatan:

- **Database POR** = Pengkajian Keperawatan
- **Problem List** = Diagnosis Keperawatan
- **Initial Plan** = Rencana Intervensi Keperawatan
- **Progress Note (SOAP)** = Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Kesesuaian ini menjadikan POR sebagai model dokumentasi yang sangat **direkomendasikan untuk keperawatan**, karena secara alami mendukung berpikir kritis dan dokumentasi yang berbasis masalah pasien.

Karakteristik Model Dokumentasi Keperawatan: POR

Problem-Oriented Record (POR) adalah model dokumentasi yang berfokus pada masalah pasien sebagai pusat pencatatan klinis. Model ini dikembangkan oleh Dr. Lawrence Weed dan menjadi standar dokumentasi yang mendukung kolaborasi tim kesehatan secara terpadu.



Ciri-Ciri Utama Model POR

Model POR memiliki karakteristik unik yang membedakannya dari model dokumentasi lainnya. Berikut adalah ciri-ciri utama yang menjadi fondasi penerapan POR dalam praktik klinis:

1

Berorientasi pada Masalah Pasien

Seluruh dokumentasi klinis diorganisir berdasarkan daftar masalah (*problem list*) yang telah diidentifikasi pada pasien. Setiap masalah menjadi titik fokus pencatatan, sehingga data tidak tersebar berdasarkan profesi melainkan berdasarkan kondisi klinis yang dialami pasien. Daftar masalah ini bersifat dinamis dan diperbarui sesuai perkembangan kondisi pasien.

2

Daftar Masalah Bersama (Shared Problem List)

Semua profesi kesehatan — perawat, dokter, fisioterapis, ahli gizi, dan lainnya — menggunakan **daftar masalah yang sama**. Tidak ada lagi pemisahan data berdasarkan disiplin ilmu. Setiap profesi mencatat intervensi dan perkembangan terkait masalah yang relevan dengan bidang keahliannya dalam satu kerangka dokumentasi yang terpadu.

3

Pendekatan Multidisiplin

POR mendorong kerja sama antar profesi kesehatan. Setiap anggota tim berkontribusi dalam dokumentasi berdasarkan perannya, namun tetap dalam satu sistem pencatatan yang kohesif. Pendekatan ini menghilangkan silo informasi dan memastikan bahwa setiap profesi dapat melihat kontribusi profesi lain terhadap penanganan masalah pasien.

4

Pencatatan Terintegrasi

Seluruh catatan klinis tersimpan dalam satu rekam medis yang dapat diakses oleh semua anggota tim kesehatan. Integrasi ini memastikan konsistensi informasi, mengurangi risiko kesalahan komunikasi, dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang berbasis data lengkap. Setiap entri dokumentasi dapat ditelusuri kembali ke masalah spesifik yang ditangani.

Penggunaan Format SOAP / SOAPIER dalam POR

Struktur Format SOAP

Format SOAP adalah kerangka dokumentasi yang menjadi tulang punggung model POR. Setiap masalah pasien didokumentasikan menggunakan alur berpikir klinis yang sistematis:

- **S — Subjective:** Data subjektif dari keluhan pasien, riwayat penyakit, dan informasi yang disampaikan oleh pasien atau keluarga.
- **O — Objective:** Data objektif berupa hasil pengkajian fisik, tanda-tanda vital, hasil laboratorium, dan temuan klinis lainnya.
- **A — Assessment:** Analisis atau diagnosa keperawatan/medis berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan.
- **P — Plan:** Rencana intervensi, tindakan, dan strategi pengobatan yang akan dilakukan untuk menangani masalah tersebut.

Format SOAPIER (Pengembangan SOAP)

Format SOAPIER merupakan pengembangan dari SOAP yang menambahkan tiga komponen penting untuk dokumentasi yang lebih komprehensif:

- **I — Intervention:** Tindakan nyata yang telah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan.
- **E — Evaluation:** Evaluasi terhadap efektivitas intervensi yang telah dilakukan.
- **R — Revision:** Revisi rencana asuhan berdasarkan hasil evaluasi, termasuk penyesuaian diagnosis, intervensi, atau target pencapaian.

 Format SOAPIER memberikan siklus dokumentasi yang lengkap: dari pengkajian hingga evaluasi dan revisi rencana, sehingga mendukung **continuity of care** yang optimal.

Memantau Perkembangan Pasien dengan POR

Salah satu keunggulan utama POR adalah kemampuannya dalam memfasilitasi pemantauan perkembangan pasien secara sistematis dan terarah. Berikut adalah cara membaca dan menelusuri perkembangan pasien menggunakan model POR:



Membaca Catatan Berdasarkan Masalah

Perkembangan pasien ditelusuri berdasarkan nomor masalah dalam daftar masalah (*problem list*). Setiap catatan baru akan merujuk pada nomor masalah tertentu, sehingga perawat dapat dengan mudah melihat riwayat penanganan satu masalah secara kronologis tanpa harus membaca seluruh catatan dari berbagai profesi.



Menelusuri Kontribusi Setiap Profesi

Dalam satu masalah, mahasiswa dapat melihat bagaimana setiap profesi berkontribusi: apa yang dikaji perawat, apa yang diresepkan dokter, apa yang dilakukan fisioterapis, dan bagaimana ahli gizi menangani aspek nutrisi — semuanya dalam satu alur dokumentasi yang terpadu.



Mengevaluasi Efektivitas Intervensi

Dengan format SOAPIER, mahasiswa dapat melihat secara langsung hubungan antara intervensi yang dilakukan dan hasil evaluasi yang dicapai. Revisi rencana juga tercatat, sehingga memberikan gambaran lengkap tentang dinamika penanganan masalah pasien dari waktu ke waktu.

Empat Pilar Karakteristik Model POR

Model POR dibangun di atas empat karakteristik penting yang saling mendukung dan menjadi landasan efektivitasnya dalam dokumentasi klinis modern:



Fokus pada Masalah Pasien

Seluruh dokumentasi berpusat pada kondisi klinis pasien, bukan pada profesi yang mencatat. Ini memastikan bahwa setiap catatan memiliki relevansi langsung terhadap penanganan masalah yang dihadapi pasien.



Data Terintegrasi

Semua informasi klinis dari berbagai profesi tersimpan dalam satu sistem yang kohesif. Integrasi data mengurangi fragmentasi informasi dan memastikan konsistensi dalam rekam medis pasien.



Mempermudah Evaluasi Perkembangan

Struktur SOAP/SOAPIER memungkinkan evaluasi yang sistematis terhadap setiap masalah. Perkembangan pasien dapat dipantau secara kronologis dan terukur berdasarkan data yang tercatat.



Mendukung Kolaborasi Antar Profesi

POR menciptakan platform dokumentasi bersama yang mendorong komunikasi efektif antar anggota tim kesehatan, mengurangi miskomunikasi, dan memperkuat pendekatan holistik dalam asuhan pasien.



Fokus Pembelajaran: Mahasiswa mampu mengenali ciri khas model dokumentasi POR dan memahami bagaimana karakteristik tersebut mendukung kualitas asuhan keperawatan yang komprehensif.

Perbandingan SOR vs POR & Kesimpulan

Aspek	Model SOR	Model POR
Dasar Organisasi	Berdasarkan sumber/profesi pencatat	Berdasarkan masalah kesehatan pasien
Struktur Data	Terpisah per profesi (dokter, perawat, gizi, dll)	Terintegrasi per masalah dengan SOAP
Fokus	Aktivitas masing-masing profesi	Penyelesaian masalah pasien
Komunikasi	Tidak terstruktur, bergantung pada membaca seluruh berkas	Terstruktur melalui problem list dan SOAP
Kelebihan	Mudah digunakan, tiap profesi mandiri	Komprehensif, sistematis, mendukung berpikir kritis
Kekurangan	Data tersebar, sulit mendapat gambaran utuh	Memerlukan pelatihan, lebih kompleks
Penggunaan	Rumah sakit konvensional, rekam medis kertas	Rumah sakit modern, rekam medis elektronik

Poin Kunci SOR

Dokumentasi berdasarkan **sumber informasi**. Setiap profesi mencatat di bagiannya sendiri. Data kronologis per profesi. Mudah diterapkan, namun data tersebar.

Poin Kunci POR

Dokumentasi berdasarkan **masalah pasien**. Semua profesi berkontribusi dalam satu alur SOAP. Sistematis dan komprehensif. Mendukung proses keperawatan.

Kompetensi yang Dicapai

Mahasiswa mampu **mengenali, membedakan, dan menerapkan** kedua model dokumentasi sesuai konteks pelayanan kesehatan dan kebutuhan pasien.

 **Tugas Mahasiswa:** Buatlah contoh dokumentasi keperawatan menggunakan metode SOAP untuk satu kasus pasien dengan minimal 2 diagnosis keperawatan. Gunakan format POR dan pastikan setiap komponen (S-O-A-P) terisi dengan lengkap dan akurat.

Persamaan SOR dan POR serta Situasi Penggunaannya

Persamaan SOR dan POR

Meskipun memiliki perbedaan mendasar, kedua model dokumentasi ini memiliki beberapa kesamaan penting:

- **Tujuan Utama Sama:** Keduanya bertujuan untuk mendokumentasikan asuhan kesehatan secara akurat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan profesional.
- **Bagian dari Rekam Medis:** Baik SOR maupun POR merupakan komponen dari rekam medis pasien yang bersifat legal dan wajib dijaga kerahasiaannya.
- **Melibatkan Multi-Profesi:** Kedua model mengakui bahwa asuhan kesehatan melibatkan berbagai profesi, meskipun cara mengorganisirnya berbeda.
- **Mendukung Kontinuitas Asuhan:** Keduanya dirancang untuk memastikan bahwa informasi pasien dapat diakses oleh tim kesehatan yang bertugas di shift berikutnya.
- **Memerlukan Kompetensi Dokumentasi:** Perawat dan tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan dokumentasi yang memadai untuk menggunakan kedua model ini secara efektif.

Situasi Penggunaan Masing-Masing Model

Kapan Menggunakan SOR?

- Fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas yang belum siap untuk sistem terintegrasi
- Situasi yang membutuhkan dokumentasi cepat berdasarkan profesi tanpa koordinasi kompleks
- Instansi yang masih dalam tahap transisi menuju sistem dokumentasi terpadu
- Dokumentasi khusus yang hanya melibatkan satu profesi tertentu

Kapan Menggunakan POR?

- Fasilitas kesehatan dengan tim multidisiplin yang aktif berkolaborasi
- Pasien dengan kondisi kompleks yang memerlukan penanganan dari berbagai profesi
- Situasi yang membutuhkan evaluasi perkembangan pasien secara sistematis
- Program asuhan yang mengutamakan pendekatan *patient-centered care*

Contoh Kasus: Perbandingan SOR dan POR dalam Praktik

Untuk memahami perbedaan kedua model secara konkret, perhatikan contoh kasus berikut yang menggambarkan bagaimana dokumentasi berbeda dalam pendekatan SOR dan POR:

 Kasus: Pasien dengan Gagal Jantung Tn. A, 65 tahun, dirawat dengan diagnosa gagal jantung kongestif. Kondisi memerlukan pemantauan ketat dari dokter, perawat, ahli gizi, dan fisioterapis. Pasien mengeluh sesak napas, edema ekstremitas, dan penurunan toleransi aktivitas.	 Dokumentasi dengan SOR Dokter mencatat di bagian medis, perawat di catatan keperawatan, ahli gizi di bagian nutrisi, fisioterapis di bagian rehabilitasi. Untuk melihat gambaran lengkap kondisi Tn. A, perawat harus membuka empat bagian berbeda. Risiko informasi terlewat tinggi, terutama saat serah terima shift.	 Dokumentasi dengan POR Daftar masalah Tn. A: (1) Gangguan pertukaran gas, (2) Kelebihan volume cairan, (3) Intoleransi aktivitas, (4) Defisit pengetahuan. Semua profesi mencatat dalam kerangka masalah ini. Perawat dapat langsung melihat intervensi ahli gizi untuk masalah kelebihan volume cairan tanpa mencari di bagian terpisah.
 Analisis Efektivitas: Pada kasus ini, POR terbukti lebih efisien karena mengurangi waktu pencarian informasi, meminimalkan risiko duplikasi data, dan memfasilitasi komunikasi tim yang lebih baik. Namun, POR memerlukan pelatihan awal yang lebih intensif dibandingkan SOR yang lebih sederhana.		

Kelebihan dan Kekurangan Model SOR

✓ Kelebihan Model SOR

→ **Mudah Digunakan:** Setiap profesi memiliki bagian dokumentasi sendiri, sehingga tidak memerlukan koordinasi kompleks dengan profesi lain. Perawat cukup fokus pada catatan keperawatan tanpa perlu memahami format profesi lain.

→ **Tidak Memerlukan Integrasi Kompleks:** Implementasi SOR tidak membutuhkan sistem informasi yang terintegrasi, sehingga cocok untuk fasilitas dengan infrastruktur teknologi terbatas.

→ **Format Sederhana:** Pencatatan naratif yang fleksibel memungkinkan perawat mendokumentasikan sesuai alur berpikir klinisnya tanpa terikat format yang kaku seperti SOAP.

→ **Pencarian Data Berdasarkan Profesi Mudah:** Jika ingin melihat seluruh catatan perawat selama periode tertentu, cukup membuka bagian keperawatan tanpa perlu menyaring berdasarkan masalah.

✗ Kekurangan Model SOR

Data Pasien Terpisah-Pisah:

Informasi klinis tersebar di berbagai bagian rekam medis, sehingga sulit mendapatkan gambaran holistik tentang kondisi pasien dalam satu pandangan.

Komunikasi Antar Profesi

Kurang Optimal: Kurangnya integrasi data dapat menyebabkan miskomunikasi antar anggota tim kesehatan, terutama dalam situasi darurat atau serah terima shift.

Sulit Melihat Kondisi Pasien

Secara Menyeluruh: Untuk memahami perkembangan satu masalah secara lengkap, perawat harus membaca catatan dari berbagai profesi yang tersebar di bagian berbeda.

Risiko Duplikasi Data:

Tanpa koordinasi yang baik, berbagai profesi mungkin mencatat informasi yang sama secara berulang, membuang waktu dan meningkatkan risiko inkonsistensi data.

Kelebihan dan Kekurangan Model POR

✓ Kelebihan Model POR

- **Berfokus pada Kebutuhan Pasien:** Seluruh dokumentasi berpusat pada masalah yang dihadapi pasien, bukan pada profesi yang mencatat, sehingga asuhan menjadi lebih holistik dan patient-centered.
- **Data Lebih Terintegrasi:** Semua informasi terkait satu masalah terkumpul dalam satu alur dokumentasi, memudahkan tim kesehatan untuk mendapatkan gambaran lengkap kondisi pasien.
- **Mempermudah Kolaborasi Tim:** Daftar masalah bersama menjadi platform komunikasi yang efektif antar profesi, mengurangi miskomunikasi dan meningkatkan koordinasi asuhan.
- **Memudahkan Evaluasi Perkembangan:** Format SOAP/SOAPIER memungkinkan evaluasi sistematis terhadap efektivitas intervensi yang telah dilakukan untuk setiap masalah.
- **Mendukung Continuity of Care:** Dokumentasi yang terstruktur dan terintegrasi memastikan bahwa perawat shift berikutnya dapat melanjutkan asuhan dengan informasi yang lengkap dan akurat.

✗ Kekurangan Model POR

Membutuhkan Keterampilan Dokumentasi Lebih Baik: Perawat dan tenaga kesehatan harus memahami format SOAP/SOAPIER secara mendalam dan mampu menerapkannya secara konsisten dalam setiap dokumentasi.

Memerlukan Waktu Adaptasi: Transisi dari SOR ke POR membutuhkan periode adaptasi yang cukup panjang, terutama bagi tenaga kesehatan yang terbiasa dengan dokumentasi naratif bebas.

Lebih Kompleks: Struktur dokumentasi yang terorganisir berdasarkan masalah memerlukan pemahaman konseptual yang lebih tinggi dibandingkan dokumentasi naratif sederhana.

Membutuhkan Koordinasi Antar Profesi: Keberhasilan POR sangat bergantung pada komitmen semua profesi untuk menggunakan daftar masalah yang sama dan mendokumentasikan secara konsisten, yang memerlukan koordinasi dan pelatihan berkelanjutan.

✓ **Kesimpulan:** Meskipun POR memiliki tantangan implementasi yang lebih besar, kelebihanannya dalam mendukung kolaborasi, integrasi data, dan kualitas asuhan menjadikannya model dokumentasi yang direkomendasikan untuk praktik keperawatan modern.