**MEDIA SOSIAL DAN PROFESIONAL**

**RUJUKAN DAN RECORD KEEPING**

* 1. **PENDAHULUAN**

Istilah “media sosial” adalah istilah umum yang mencakup banyak cara agar teknologi digunakan untuk interaksi sosial. Media sosial berbeda dengan media tradisional, seperti surat kabar, televisi dan radio; Dalam hal siapa pun yang menggunakan teknologi berbasis mobile dan web dapat mempublikasikan dan menerima informasi kapan saja. Dialog interaktif real time memungkinkan penciptaan makna dan semua aspek kehidupan sosial – cocok untuk profesi berbasis sosial seperti kebidanan.

Teknologi berbasis mobile dan web banyak berbentuk. Bentuk utama yang digunakan oleh bidan adalah: Email, Texting, Forums, Facebook, Twitter, Linkedln, Blogs, Ning, Wikis, One True Media dan YouTube. Wikipedia memiliki daftar kategori media sosial yang beragam.Ada link di halaman Wikipedia untuk penjelasan tentang setiap modalitas.Media sosial Google ‘dan Anda akan takjub dengan apa yang muncul untuk Anda jelajahi.

Media sosial menawarkan sarana untuk orang-orang dapat memposting pengalaman mereka saat mereka menjalankan aktivitas mereka dan teman-teman mereka untuk seketika. Anda akan terbiasa dengan email dan SMS, jadi saya tidak akan masuk ke alat-alat di artikel ini. Sebagian besar dari Anda akan terbiasa dengan Facebook juga. Bidan yang terlibat dengan media sosial menggunakan Facebook sebagai platform jejaring sosial mereka, berbagi kehidupan dan foto mereka.Beberapa bidan juga menggunakan Linkedln, platform yang digunakan oleh pemilik bisnis dan profesional lainnya.Situs microblogging, Twitter, sangat populer di kalangan bidan, tapi dari mereka berasal dari Amerika Serikat.

Capain pembelajaran yang harus dicapai mahaiswa pada bab ini adalah sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa mampu memahami Media sosial dan profesional
      2. Mahasiswa mampu memahami Rujukan dan record keeping
  1. **Media Sosial**

Bidan menyukai jaringan – apakah duduk di ruang teh, nongkrong di meja kerja, makan malam bersama rekan kerja atau konferensi kebidanan, workshop dan pertemuan.Dengar bidan percakapan dan tawa tak terelakkan. Langkah untuk menggunakan media sosial sebagai cara untuk tetap berhubungan dan tetap terhubung menjadi mudah bagi bidan.

Istilah “media sosial” adalah istilah umum yang mencakup banyak cara agar teknologi digunakan untuk interaksi sosial. Media sosial berbeda dengan media tradisional, seperti surat kabar, televisi dan radio; Dalam hal siapa pun yang menggunakan teknologi berbasis mobile dan web dapat mempublikasikan dan menerima informasi kapan saja. Dialog interaktif real time memungkinkan penciptaan makna dan semua aspek kehidupan sosial – cocok untuk profesi berbasis sosial seperti kebidanan.

Teknologi berbasis mobile dan web banyak berbentuk. Bentuk utama yang digunakan oleh bidan adalah: Email, Texting, Forums, Facebook, Twitter, Linkedln, Blogs, Ning, Wikis, One True Media dan YouTube. Wikipedia memiliki daftar kategori media sosial yang beragam.Ada link di halaman Wikipedia untuk penjelasan tentang setiap modalitas.Media sosial Google ‘dan Anda akan takjub dengan apa yang muncul untuk Anda jelajahi.

Media sosial menawarkan sarana untuk orang-orang dapat memposting pengalaman mereka saat mereka menjalankan aktivitas mereka dan teman-teman mereka untuk seketika. Anda akan terbiasa dengan email dan SMS, jadi saya tidak akan masuk ke alat-alat di artikel ini. Sebagian besar dari Anda akan terbiasa dengan Facebook juga. Bidan yang terlibat dengan media sosial menggunakan Facebook sebagai platform jejaring sosial mereka, berbagi kehidupan dan foto mereka.Beberapa bidan juga menggunakan Linkedln, platform yang digunakan oleh pemilik bisnis dan profesional lainnya.Situs microblogging, Twitter, sangat populer di kalangan bidan, tapi dari mereka berasal dari Amerika Serikat.

Dari jejaring sosial dan pembaharuan teman pada aktivitas sehari-hari / per jam, media sosial adalah alat yang sangat baik untuk meningkatkan kesadaran akan isu, berbagi informasi dan mengorganisir acara. Seperti yang diselenggarakan oleh kejadian-kejadian dunia baru-baru ini, salah satu peran media sosial yang paling kuat adalah memobilisasi dukungan masyarakat untuk masalah kepentingan politik dan / atau kepentingan publik. Ketika Gold Coast Birth Center diancam akan ditutup pada tahun 2010, sebuah rencana peluncuran di Facebook dan Twitter untuk memberi tahu orang yang sudah dekat sudah dekat. Kampanye media sosial memuncak dalam sebuah perkembangan yang sedang berkembang dengan baik, media tradisional terlibat dan pusat informasi terbuka.

Ning adalah situs jejaring sosial yang berguna untuk grup karena dilindungi kata sandi dan membutuhkan moderasi untuk akses. Anda akan menemukan kebidanan, kelahiran dan komunitas terkait orang tua di Ning. Alat media sosial populer lainnya adalah blogging.Banyak bidan blog. Kata ‘blog’ adalah kontraksi ‘Web log’ dan merupakan situs web yang berfungsi sebagai jurnal online terbuka yang dikelola oleh individu. Pemilik blog, atau tamu yang dinyanyikan, menulis komentar reguler tentang kejadian, ide dan / atau pengalaman.Contoh dari blog kebidanan adalah Dewi Mideed Reed dari Queensland.

Jika Anda ingin mengetahui lebih banyak tentang cara profesional kesehatan menggunakan media sosial, Sarah Stewart, bidan guru media sosial memiliki artikel blog Diskusi dengan profesional kesehatan tentang penggunaan media sosial mereka dengan diskusi video tentang penggunaan sosial. media. Sarah telah memprakarsai dan mengkoordinasikan Hari Virtual Internasional Bidan yang sangat sukses dan populer, sebuah konferensi virtual yang diadakan selama 24 jam pada tanggal 5 Mei. Tahun ini, 2011, setelah.Rincian bisa ditemukan di blog Sarah.Media kesehatan untuk kesehatan dan kesehatan. Dr Kevin Pho, memiliki blog Medscape yang populer, Kevin MD.

Beberapa pembelajaran terbesar saya adalah dari berbagi cerita tentang kelahiran dengan bidan lainnya. Duduk di ruang teh atau pergi makan siang dan bincang-bincang biasanya aman untuk mengatasi masalah klinis dan kami semua sadar akan kebutuhan untuk memastikan kerahasiaan di forum tersebut. Kata-kata yang kami tasikan itu hanya ke udara yang tipis dan hanya ingatan kami yang mencatat apa yang kami binginan.

Namun, lingkungan online dan komunikasi melalui media sosial. Fakta apa yang kita katakan dan bagaimana kita mengatakan hal itu dapat dibaca oleh siapa saja selamanya di dunia online berarti kita sebagai profesional kesehatan harus berhati-hati dalam memproyeksikan persona profesional dalam semua komunikasi online kita. Aturan praktis untuk terlibat dalam media sosial apa pun adalah anda tidak menulis atau mengatakan sesuatu yang tidak ingin anda baca di halaman depan surat kabar nasional.

Sebuah studi baru-baru ini menemukan ada artikel dokter yang tidak pantas di Twitter. Para peneliti dalam penelitian ini memuat 3 persen dari pos-pos yang tidak profesional karena tulisan-tulisan yang memuat:

* Pernyataan diskriminatif
* Potensi pasien
* Sialan
* Materi seksual *eksplisit* ( *Rettner, MyHealthNewsDailyLMSNBC* , 2/17).

Sekitar 1 persen pos termasuk klaim yang tidak didukung tentang produk atau promosi berulang untuk produk kesehatan tertentu. Sepuluh dari tweet ini bertentangan dengan pedoman atau pengetahuan medis ( *HealthDay* , 2/17).

Asosiasi Medis Australia baru-baru ini khawatir anggotanya dapat menemukan diri mereka dalam masalah melalui perilaku yang tidak pantas di situs jejaring sosial sehingga mereka mengembangkan panduan untuk profesionalisme online bagi praktisi medis dan mahasiswa kedokteran (tersedia di situs web mereka).Bahkan anggota parlemen Partai Liberal sekarang memiliki panduan Partai Liberal untuk media sosial, setelah beberapa anggota parlemen membuat mengundurkan diri karena mengeposkan tweet yang kontroversial.

Orang melakukan hal-hal aneh, seperti memanggil orang sakit dan kemudian status mereka di Facebook berbicara tentang apa yang mereka lakukan untuk hari itu – tidak bijaksana atau jujur. Majikan tidak menyukai karyawan yang mulutnya buruk di tempat kerja mereka di situs media sosial.Ingatlah informasi dan gambar yang anda posting di situs jejaring sosial ada selamanya.

Tren yang meningkat adalah bagi atasan untuk penunjang informasi online calon karyawan dan tentunya informasi sesuai dengan pemohon untuk posisi tersebut. Pengusaha melihat apa yang sedang ditulis karyawan mereka saat ini. Baru-baru ini saya terbilang seseorang yang dipekerjakan di sebuah universitas yang dianjurkan untuk “tersentuh teman” orang lain yang mengirimkan berita negatif tentang universitas di halaman Facebook mereka. Wanita dalam perawatan kami, dan rekan kerja kami, mungkin juga kami di situs jejaring sosial.

Terdiri dari bahaya yang menimpa yang tidak terpikirkan, berikut adalah daftar kelalaian yang menyebabkan orang menjadi deformat.

* Jangan memposting ucapan off-color
* Jangan mengirimkan isi rahasia
* Jangan badmouth klien anda
* Jangan menghina atasan Anda
* Jangan posting foto yang tidak tepat
* Jangan membuat video animasi rekan kerja anda
* Jangan bicara sampah tentang atasanmu
* Jangan main-main – lalu posting tentang itu

Jadi bagaimana kita terlibat dalam media sosial dan tetap aman? Sementara saya yakin kesalahan yang dibuat pada contoh di atas tidak akan dilakukan oleh bidan manapun, ada perangkap lain yang perlu diperhatikan. Kami membutuhkan apresiasi dan pemahaman tentang seperangkat konvensi sosial mengenai komunikasi online untuk memastikan komunikasi kita tidak akan menyinggung orang lain atau mendatangkan kita dalam udara panas. Pertimbangan penting tidak ada isyarat bahasa tubuh yang tersedia bagi orang untuk membaca apa yang kita maksud dalam komunikasi online.

Kurangnya isyarat bahasa tubuh berarti humor bisa salah baca atau disalahartikan, hai yang bisa kita anggap sebagai sarkasme dan kecerdasan semata.Oleh karena itu kita harus yakin pesan kita jelas dan kepribadian. Aspek penting lainnya dari Netiquette adalah:

* Huruf kapital untuk seluruh kata yang teriakan dan tidak sopan
* Jaga agar email tetap pendek dan letakkan bagian penting dari pesan di kalimat tertinggi
* Pesan baris subjek email sesuai dengan topik email
* Tidak mengharapkan atau meminta tanggapan segera saat email atau teks terkirim dan jangan kirim yang lain segera jika tidak ada jawaban cepat
* Jika ada yang ingin pribadi atau butuh perlu diskusikan, berdering orang atau pesan langsung (DM) mereka. Jangan taruh di tempat semua orang bisa melihatnya
* Jangan melakukan percakapan pribadi dan pribadi di media sosial kecuali jika situs terkunci dan bahkan kemudian informasi, bahkan DM dan email dapat diminta oleh pengadilan
* Bersikap sopan dan santun
* Pastikan pesannya adalah pesan yang anda kirim: baca ulang sebelum posting dan tanyakan pada diri anda, bagaimana pesan ini akan ditafsirkan oleh orang yang menerimanya?
* Hindari penggunaan kata-kata tidak senonoh
* Hindari kata-kata atau gambar yang mengorbankan, menghujat atau memfitnah
* Hindari kata-kata atau gambar yang berarti rasis, seksis dan anti-agama
* Perlakukan semua orang dan bicara semua orang secara positif, ingat, apa yang tertulis berlangsung selamanya
* Jangan memposting dan / atau memberi tag foto teman yang tidak menyenangkan atau kompromi.
* Sadarilah foto Anda sendiri dan pastikan foto yang anda posting sesuai secara professional
* Waspadalah terhadap siapa Anda ‘teman’ dan pengaturan privasi Anda; Anda diminta untuk mengambil tindakan untuk memastikan privasi.
* Sadarilah pengaturan privasi masih rentan. Pastikan ejaan dan tata bahasa benar
* Ingat anda memproyeksikan citra profesional anda apakah anda menyadarinya atau tidak
* Jika orang lain membuat kesalahan, berbaik hati. Jika Anda memilih untuk memperbaikinya, lakukan secara pribadi dan baik hati.
* Hormati kekayaan intelektual.
  1. **Profesional rujukan**
     1. **Defenisi Rujukan**

***Konsultasi*** adalahupaya meminta ***bantuan profesional*** penanganan suatu kasuspenyakit yang sedang ditangani oleh seorang dokter kepada dokter lainnyayang ***lebih ahli***.Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan masyarakat dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik secara vertikal maupun horizontal meliputi sarana, rujukan teknologi, rujukan tenaga ahli, rujukan operasional, rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan dan rujukan bahan pemeriksaan laboratorium(Permenkes 922/2008).

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

Pelimpahan wewenang dalam sistem rujukan dibagi menjadi:

1. ***Interval referral***, pelimpahan wewenang dan tanggungjawab penderita *sepenuhnya* kepada dokter konsultan untuk *jangka waktutertentu*, dan selama jangka waktu tersebut dokter tsb tidak ikut menanganinya
2. ***Collateral referral***, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita hanya untuk *satumasalah* kedokteran khusus saja
3. ***Cross referra***l, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita sepenuhnya kepada dokter lain *untuk selamanya*
4. ***Split referral***, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita sepenuhnya kepada ***beberapa dokter*** konsultan, dan selama jangka waktu pelimpahan wewenang dan tanggungjawab tersebut dokter pemberi rujukan tidak ikut campur.
   * 1. **Sistem Informasi Rujukan**

Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatanpengirim dan dicatat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan kedokter tujuan rujukan, yang berisikan antara lain : nomor surat, tanggaldan jam pengiriman, status pasien BPJS, umum tujuan rujukan penerima,nama dan identitas pasien, resume hasil anamnesa, pemeriksaan fisik,diagnosis, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaanpenunjang, kemajuan pengobatan dan keterangan tambahan yangdipandang perlu.

Informasi balasan rujukan dibuat oleh dokter yang telah menerima pasienrujukan dan setelah selesai merawat pasien tersebut mencatat informasibalasan rujukan di surat balasan rujukan yang dikirimkan kepada pengirimpasien rujukan, yang berisikan antara lain: nomor surat, tanggal, statuspasien BPJS, umum, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien,hasil diagnosa setelah dirawat, kondisi pasien saat keluar dari perawatandan follow up yang dianjurkan kepada pihak pengirim pasien.

Informasi pengiriman spesimen dibuat oleh pihak pengirim dengan mengisi Surat Rujukan Spesimen, yang berisikan antara lain : nomor surat, tanggal, status pasien BPJS, umum, tujuan rujukan penerima, jenis/ bahan spesimen dan nomor spesimen yang dikirim, tanggal pengambilan spesimen, jenis pemeriksaan yang diminta, nama dan identitas pasien asal spesimen dan diagnos klinis.

Informasi balasan hasil pemeriksaan bahan / spesimen yang dirujuk dibuat oleh pihak laboratorium penerima dan segera disampaikan pada pihak pengirim dengan menggunakan format yang berlaku di laboratorium yang bersangkutan.

* 1. **Record Keeping**

Istilah record keeping dikenal juga dengan dokumentasi. Dokumentasi berasal dari bahasa Inggris, yaitu *document*, yang berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (officisl) dengan tulisan diatasnya. Dalam bahasa Indonesia, dokumen berarti semua warka asli/catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi juga dikenal dengan istilah *charting, recording dan record keeping*. Chart adalah sebuah dokumen yang memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan informasi tentang perawatan kesehatannya. Pengertian lain dari chart adalah grafik yang terdapat pada suatu papan yang memeperlihatkan suatu papan yang memperlihatkan suatu pertukaran dan variasi dari temperature, nadi, pernafasan dan temperature tubuh. Record adalah catatan yang berisi tentang kejadian otentik, kegiatan pernyataan, transaksi. Pengertian lain dari record adalah informasi yang berisi kenyataan atau kejadian dalam pelayanan yang diberikan atau penulisan tentang kenyataan yang menggambarkan tentang pelayanan yang otentik dan legal. Dokumentasi adalah sekumpulan catatan, penyimpanan dan desiminasi dari catatan informasi dalam sistem terintegritas untuk penggunaan yang efisien dan mudah diterima.Dokumentasi merupakan persiapan persiapan dan catatan komunikasi mendorong untuk membuktikan suatu informasi kejadian.Dalam pelayanan kebidanan, dokumentasi merupakan bagian dari kegiatan bidan setelah memberikan asuhan kebidanan. Adapun macam-macam pendokumentasian dalam asuhan kebidanan :

1. **Problem Oriented Method (POR)**

Merupakan suatu alat yang efektif untuk membantu tim kesehatan mengidentifikasi masalah-masalah pasien/ klien, merencanakan terapi, diagnosa, penyuluhan, serta mengevaluasi dan mengkaji perkembangan pasien/ klien. POR adalah suatu konsep, maka disarankan untuk membuat suatu format yang baku. Tiap pelayanan dapat menerapkan konsep ini dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

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

Penjelasan :

1.   Data Dasar; identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, data dasar diperlukan tergantung dari unit atau jenis asuhan yang akan diberikan, misalnya: data dasar unit kebidanan akan berbeda dengan unit bedah.

2.   Daftar Masalah;masalah klien didapat dari hasil kajian. Pencatatan dasar masalah dapat berupa gejala-gejala, kumpulan gejala, atau hasil laboratorium yang abnormal, masalah psikologis, atau masalah sosial. Masalah yang ada mungkin banyak sehingga perlu diatur menurut prioritas masalah dengan memberi nomor, tanggal pencatatan, serta menyebutkan masalahnya.

Daftar memberikan keuntungan bagi bidan sebagai perencana kebidanan.

3.   Rencana. Rencana disesuaikan dengan tiap masalah yang ada.Dengan demikian bidan dapat merencanakan sesuai kebutuhan pasien/ klien.

4.   Catatan Perkembangan Pasien/ klien.Adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien/ klien selama dalam bidanan.Pada umumnya catatan ini terdiri dari beberapa macam bentuk, antara lain :

5.   Catatan Berkesinambungan (*Flow Sheet*)Digunakan untuk mencatat hasil observasi bidanan secara umum, khususnya pada keadaan pasien/ klien yang sering berubah-ubah dengan cepat.

6.    Catatan secara Naratif *(Notes*)

7.    Catatan akan Pulang/Sembuh *(Discharge Notes)*

8.    Dokter maupun bidan membuat kesimpulan tentang keadaan pasien/ klien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan

Keuntungan dan kerugian POR

1. Keuntungan

* Lebih menekankan pada masalah klien
* Pencatatan tentang kontinuitas dari asuhan. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik
* Daftar masalah yang akan membamtu mengingatkan petugas untuk perhatian
* Daftar yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana tindakan

1. Kerugian

* Penekanan hanya pada masalah, penyakit dan ketidakmampuan sehingga mendekatkan pada pengobatan, Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah belum dilakukan timbul masalah baru, SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, Pencatatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatannya jika flow sheet untuk pencatatan tidak tersedia.
* Komponen dasar POR terdiri dari empat bagian, yaitu :

-      Data dasar

-      Daftar masalah : Evaluasi dan penyelesaian masalah secara jelas dicatat

-      Daftar awal rencana asuhan

- Catatan perkembangan

a. Data dasar

Merupakan alat utama untuk mengumpulkan data saat pasien masuk.Data dasar ini meliputi **data Subjektif dan Data Objektif.**Data subjektif merupakan hasil anamnesis pasien meliputi identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya, riwayat penyakit keluarga.Data objektif meliputi data hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Data dasar bertujuan untuk mengenal masalah pasien dan sebagai dasar untuk bahan perbandingan dalam menilai kondisi pasien. Data dasar akan membantu dokter/perawat/bidan **menentukan prioritas masalah** dan membuat rencana **asuhan** yang tepat.

b. Daftar masalah

Diperoleh dari hasil pengkajian data dasar.Setelah data dasar dikumpulkan secara lengkap selanjutnya disusun daftar masalah untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien.

Dalam catatan dokter dikenal sebagai medical problem/ **diagnose medis** yang terdiri dari diagnosis dan komplikasi yang menyertai, tanda gejala, hasil laboratorium yang patologi. Dalam dokumentasi kebidanan daftar masalah ini ditulis sebagai **analysis data/assessment**, meliputi diagnosis kebidanan, masalah, kebutuhan, diagnosa potensial, masalah potensial dan kebutuhan tindakan segera.

Masalah yang muncul bias lebih dari satu, sehingga **perlu dicatat menurut prioritas masalah** dengan member nomor, tanggal pencatatan dan menyebutkan masalahnya.

c. Rencana awal

Rencana awal dibuat berdasarkan daftar masalah yang telah diidentifikasi.Rencana awal bidan disusun berupa rencana asuhan yang menyeluruh dan didokumentasikan setelah data dasar dikumpulkan dan *analysis data/assessment* dirumuskan. Penulisanrencana awal harusdisertai waktu dan nama bidan yang menyusun. Pada metode SOAP rencana awal dimasukkan ke dalam *Planning*.

Rencana awal meliputi tiga bagian :

1. Diagnostik mengumpulkan lebih lanjut mengenai dignostik dan manajemen
2. Terapeutik pengobatan/terapi
3. Pendidikan penginformasian pada pasien tentang tindakan/ terapi yang diberikan

d. Catatan perkembangan

Merupakan catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien selama menjalani asuhan. Bentuk catatan perkembangan antara lain:

1. Catatan berkesinambungan (lembar alur/ *Floow sheet),* Untuk mencatat hasil observasi perawatan secara umum, terutama pada keadaan umum pasien sering mengalami perubahan dengan cepat
2. Catatan naratif

Untuk mendokumentasikan catatan perkembangan pasien seperti SOAP, SOAPIE, SOAPIER

1. **Model Source Oriented Record (SOR)**

Model ini menempatkan catatan atas disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan.Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, serta lembaran catatan perawat/bidan untuk mencatat tindakan atau asuhan yang diberikan.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitu :

1.    Lembar biodata pasien

2.    Lembar order dokter

3.    Lembar riwayat medik/penyakit

4.    Catatan perawat/bidan

5.    Catatan dan laporan kasus

Source Oriented Record adalah catatan pasien yang berorientasi pada sumber, karena setiap sumber data memiliki catatan tersendiri dan terpisah satu sama lain. Sumber data dalam catatan pasien antara lain : dokter, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya

**Keuntungan dan kerugian penggunaan SOR**

**Keuntungan**

* Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
* Memudahkan perawat/bidan untuk secara bebas mengetahui bagaimana informasi yang akan dicatat
* Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil

**Kerugian**

* Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu
* Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya tanpa harus mengulangi pada awal
* Superficial pencatatan tanpa data yang jelas
* Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukkan masalah dan tindakan yang akan dilakukan pada klien
* Memerlukan waktu yang banyak dalam memberikan asuhan
* Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa

Berikut ini contoh pendokumentasian dengan metode Source Oriented Record (SOR).

Tabel 1 : Format pendokumentasian SOR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Waktu | Sumber | Catatan Perkembangan |
| Tgl/Bln/Thn | Waktu | Bidan | Catatan ini meliputi : Pengkajian, identifikasi masalah, tindakan segera, rencana tindakan, penyelesaian masalah, evaluasi, hasil.  Bidan  Nama dan tanda tangan |
|  |  | Dokter | Catatan meliputi : observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan pasien, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru.  Dokter  Nama dan tanda tangan |
|  |  | Perawat | Catatatan meliputi : pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana tindakan/menentukan kebutuhan segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi tindakan dan hasil.  Perawat  Nama dan tanda tangan |

Sumber : Wildan, M., Hidayat, A. Dokumentasi Kebidanan, 2008, Hal 21.

1. **CBE (Charting By Exception)**

Adalah sistim dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

Keuntungan dan kerugian CBE.

a.  Keuntungan

* Mengurangi penggunaan waktu untuk mencatat sehingga banyak waktu yang digunakan untuk melaksanakan asuhan
* Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
* Data yang tidak normal nampak jelas
* Data yang normal secara mudah dapat ditandai dan dipahami
* Data normal atau respon diharapkan tidak menggangu informasi lain
* Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dilakukan
* Pencatatan duplikat dapat dikurangi
* Data klien dicatat pada format klien secepatnya
* Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien
* Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi
* Rencana tindakan disimpan sebagai catatan yang permanen

b.  Kerugian

* Pencatatan secara narasi sangat singkat tergantung dari cheklist
* Kemungkinan adanya pencatatan yang masih kosong
* Pencatatan rutin sering diabaikan
* Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan

MENJELASKAN MODEL CHARTING BY EXCEPTION (CBE)

Model ini dibuat untuk mengatasi maslah pendokumentasian dengan membuat catatan pasien lebih nyata, hemat waktu dan mengakomodasi adanya informasi tebaru.Model ini dinilai lebih efektif dan efisien untuk mengurngi adanya duplikasi dan pengulangan dalam memasukkan data.

Model ini terdiri dari beberapa elemen inti yaitu : lembar alur, dokumentasi berdasarkkan referensi standar praktik, protocol dan instruksi incidental, data dasar kebidanan, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis dan catatan perkembangan.

a.  Lembar alur

sering digunakan dalam kebidanan umumnya untuk mendokumentasikan pengkajian fisik. Lembar ini dapat berupalembar instruksi dokter, catatan grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan yang semuanya dalam satu lembar.

b.  Dokumentasi berdasarkkan referensi standar praktik

Dalam system CBE juga terdapat standar praktek kebidanan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.

c.  Protocol dan instruksi incidental

Pedoman ini untuk memperjelas intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian.

d. Data dasar kebidanan

Berupa bagian dalam bentuk catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pengkajian fisik.

e.  Rencana Kebidanan berdasarkan diagnosis

Menggunakan rencana kebidanan yang bersifat individu untuk setiap pasien. Focus pada diagnosis keperawatan yang spesifik mencakup faktor yang berhubungan dengan resiko, karakteristik penjelas, data pengkajian yang mendukung munculnya diagnosis kebidanan.

f.  Catatan perkembangan.

Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situai :

1) ketika diagnosis kebidanan diidentfikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan atau diselesaikan

2) Ketika hasil yang diharapkan dievaluasi

3) Ketika ringkasna pemulangan dituliskan

4) Ketika revisi besar terhadap rencana dituliskan

1. **Model Komputer Based Patient Record (Cpr)**

Sistem computer berperan dalam menyimpulkan, memnyimpan proses, membebrikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian dan pendidikan.

**Keuntungna system ini adalah**

a.    Meningkatkan pelayanan kepada pasien

b.    Meningkatkan pengembangan protocol

c.    Meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi

d.    meningkatkan proses edukasi dan konseling pada pasien

e.    akurasi tinggi

f.     hemat biaya

**Kelemahan system ini adalah :**

a.    Malfunction, impersonal effect

b.    Privacy

c.    Informasi tidak akurat

d.    Kosakata terbatas

e.    Penyimpanan bahan catakan

f.     Biaya besar

**E. Model SOAP Dan SOAPIER**

**a.  SOAP**

S :Subjektif

O :Objektif

A :Analysis/Assesment

P :Planning

**Data Subjektif**, berhubungan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya.

**Data Objektif,** pendokumentasian dari hasil observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium.Catatan medic dapat dimasukkan dalam data objektif sebagai data penunjang.

**Asessment/analysis,** kesimpulan dari data subjektif dan Objektif. Analisis data mencakup diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial, antisipaso disgnosis/masalah potensial dan tindakan segera..

**Planning,** membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan dating. Rencana disusun berdasarkan hasil analisi dan interpretasi data.

Rencana **bertujuan** mengusahakan tercapainya kondisi optimal dan kesejahteraan pasien.Rencana ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu.Planning dalam soap juga mengadung **implementasi dan evaluasi**.

**b.  SOAPIE**

S :Subjektif

O :Objektif

A :Analysis/Assesment

P :Planning

I : Implementation

E : Evaluation

Planning, khusus untuk rencana asuhan saat ini dan yang akan dating. Implementation, pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien

Evaluation, tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/ hasil tindakan

**c.  SOAPIER**

S :Subjektif

O :Objektif

A :Analysis/Assesment

P :Planning

I : Implementation

E : Evaluation

R : Revised

**Revised,** mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil eveluasi, serta implementasi yang telah dilakukan.Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan.

**d.  SOAPIED**

S :Subjektif

O :Objektif

A :Analysis/Assesment

P :Planning

I : Implementation

E : Evaluation

D :Documentation

**Dokumentasi,** tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan.