

SUMMARY TIME ORIENTED RECORD (STOR)

By: Raden Sanjoyo – D3 Rekam Medis FMIPA Universitas Gadjah Mada

Sebagian besar rumah sakit di Indonesia belum memberikan perhatian yang cukup bagi kegiatan rekam medis, meskipun telah ada peraturan dan pedoman penyelenggaraan rekam medis yang telah dikeluarkan Departemen Kesehatan. Hal ini terbukti dari masih sangat terbatasnya sumber daya dan fasilitas rekam medis di rumah sakit (Dirjen Yanmed, 1990), telah diberikan pedoman tentang kualitas kertas untuk berkas rekam medis. Pada kenyataannya, rumah sakit di daerah sama sekali tidak dapat memenuhi kebutuhan tersebut karena Pemda setempat sebagai pemilik rumah sakit tidak menempatkan kebutuhan rekam medis ini sebagai prioritas atau kelompok yang penting untuk diwujudkan. Karena itu, dapat dipahami bahwa penyelenggaraan sistem rekam medis di rumah sakit masih sangat bervariasi, dari yang sangat sederhana sampai yang canggih. Salah satu model sistem rekam medis yang ada adalah *Summary Time Oriented Record (STOR)*.

Summary Time Oriented Record (STOR) dikembangkan di Universitas California, San Francisco dan menekankan diagram alir (variabel vs waktu) dengan mempertunjukkan data klinis. Pada awalnya mengkomputerisasikan catatan medis terbatas oleh mahalanya perangkat keras yang diperlukan, kemampuan untuk menyimpan data, perangkat lunak tidak fleksibel, dan hanya sedikit individu yang menguasai bidang komputer dan medis.

Summary Time Oriented Record (STOR) merupakan model yang berorientasi pada masalah, tetapi setiap saat dibuat *summary* yang akan menjadi acuan penanganan selanjutnya. Keuntungan dari sistem ini setiap saat selama pasien di rawat inap maupun pasien datang ke rawat jalan, sudah dapat dirangkum semua penanganan yang diterapkan pada pasien. Dengan *summary* yang lengkap tersebut pasien darurat akan segera bisa ditangani dengan tepat.

Model ini pada dasarnya tidak banyak berbeda dengan POMR, tetapi setiap periode waktu dibuat *summary* (ringkasan). Model ini merupakan kelanjutan dari

POMR dengan membuat *review/summary* setiap hari / setiap saat., sehingga pengelolaan pasien dapat tergambar jelas sampai akhir perawatan.

POMR (*Problem oriented Medical Record*) diprakarsai oleh Dr. Lawrence L. Weed (1950-1960). POMR adalah suatu metode penulisan atau pencatatan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah setiap pasien dengan mengikuti struktur tertentu yang harus dilakukan pada waktu mengelola pasien, sejak mulai dirawat sampai sembuh, pulang atau meninggal. Konsepnya adalah pendekatan terhadap semua masalah pasien, dan mengobati sesuai permasalahan yang timbul dan kaitannya dengan masalah lain.

Ada 4 komponen utama :

1. Kumpulan data (*Database*)

Informasi yang ingin didapat melalui data dasar ini meliputi dua hal pokok yaitu informasi yang spesifik terhadap masalah (*problem*) dan informasi rutin yang selalu ditanyakan dan didapatkan dari semua pasien. Data dasar meliputi 2 aspek yaitu subyektif dan obyektif.

2. Rumusan Masalah (*Problem List*)

Daftar masalah (*Problem List*) merupakan acuan dari masalah rekam medis yang berorientasikan masalah terintegrasi. Karena itu daftar masalah dibuat selengkap mungkin dan penulisannya harus kronologis berdasar saat ditemukan dan sesuai dengan tata cara penulisan masalah yang dihadapi oleh pasien.

3. Pengembangan Rencana Asuhan (*Initial Plan*)

Umumnya terdiri dari tiga bagian, yaitu :

- a. Diagnostik (Dx), yaitu rencana untuk mengumpulkan lebih banyak informasi.
- b. Terapeutik (Rx), yaitu rencana untuk pengobatan atau terapi.
- c. Edukasi pasien (Ex), rencana menginformasikan kepada pasien tentang tindakan atau terapi yang diberikan.

4. Catatan Perkembangan Pasien (*Progress Notes*)

Meliputi segala sesuatu yang terjadi pada pasien, segala rencana asuhan lanjutan bagi pasien, respon pasien terhadap terapi. Umumnya catatan perkembangan tersusun dalam urutan sebagai berikut :

- a. Subyektif, informasi yang ditulis dalam bahasa pasien.
- b. Obyektif, hasil pengamatan dan pemeriksaan oleh dokter.
- c. *Assessment*, catatan kemajuan dan perkembangan.
- d. Perencanaan, untuk kelanjutan pengobatan atau perawatan.

Resume atau ringkasan

Resume atau ringkasan dilakukan pada akhir masa perawatan dan merupakan intisari dari seluruh proses pemecahan masalah seorang pasien selama dirawat di rumah sakit. Resume atau ringkasan dapat pula diartikan sebagai laporan pertanggungjawaban seorang dokter dalam merawat pasien. Selain itu resume dapat dijadikan jawaban untuk dokter yang mengirimkan atau merujuk yang berfungsi ganda yaitu sebagai perwujudan *transfer of knowledge* dokter yang telah mengirimkan pasien ke rumah sakit. Resume atau ringkasan harus dibuat dengan merangkum seluruh data sejak awal sampai akhir perawatan. Pada model *Summary Time Oriented Record* setiap hari dibuat ringkasan sehingga pada saat pulang ringkasan akhir sudah langsung siap untuk diberikan kepada pasien.

Resume memuat risalah masalah secara ringkas dengan mengingat faktor SOAP-IE yaitu keluhan pasien waktu masuk dan selama perawatan, hasil pemeriksaan klinik dan laboratorium yang penting sejak saat masuk dan selama perawatan. Pegangan (intervensi) selama di rumah sakit dan perkembangan penyakitnya, dan rencana selanjutnya. Apabila memungkinkan resume ini memuat diagnosis akhir yang dapat dicapai dan dilengkapi dengan masalah-masalah yang masih belum dapat dipecahkan atau terselesaikan dengan tuntas. Dengan demikian dokter yang menangani selanjutnya secara cepat dapat memuat rencana yang tepat untuk setiap pasiennya. Saran-saran merupakan bagian penting dari evaluasi (E) serta rencana lanjutan yang disertakan dalam ringkasan tersebut. Ringkasan akhir mencantumkan:

1. Masalah kesehatan yang ada
2. Pengobatan yang diberikan
3. Tindakan keperawatan yang telah diberikan dan yang perlu dilanjutkan
4. Kebiasaan makan dan istirahat
5. Kebiasaan perawatan diri
6. Jaringan atau fasilitas pendukung
7. Pola hidup dan dukungan religius

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh manajer rumah sakit berkaitan dengan rekam medis, yaitu:

1. Koordinasi dan komunikasi yang lebih efektif antara profesional (medis dan para medis) staf pelayanan administrasi dan keuangan serta petugas pelayanan rekam medis.
2. Meningkatkan efektifitas jaga mutu dengan menjaga kualitas pengisian rekam medis. Rekam medis memegang peranan strategis dalam program jaga mutu, karena data untuk peningkatan mutu dikumpulkan dan dicatat dalam rekam medis tersebut.
3. Orientasi sistem informasi manajemen yang harus memberikan perkiraan untung/rugi (komponen biaya langsung) untuk setiap kategori kasus, setiap spesialisasi medis, setiap dokter dan mungkin juga setiap jenis pelayanan.
4. Revisi perencanaan finansial dengan mengingat bahwa penerimaan rumah sakit lebih sensitif terhadap faktor-faktor perubahan biaya, BOR, dan lain-lain.
5. Orientasi rekam medis dalam mengemban fungsi finansial tanpa mengorbankan peran dalam pelayanan medis.
6. Memperkuat upaya *cost-containment*.
7. Meningkatkan komunikasi dan kerjasama dengan rumah sakit dan instansi lain.
8. Orientasi upaya pemasaran dengan dua segmen kasus yang menguntungkan rumah sakit.

Daftar Pustaka

Sunartini . 2000 . Materi pelatihan manajemen rekam medis rumah sakit (tidak diterbitkan)

Sunartini . 2000 . *Rekam Medis Berorientasi Masalah Terintegrasi (PORS)* .
Magister Manajemen Rumah Sakit Yogyakarta : UGM

<http://www.amia.org/pubs/symposia/D005037.PDF>