

PERTUKARAN INFORMASI KESEHATAN (HEALTH INFORMATION EXCHANGE)

Deskripsi:

Pertukaran informasi kesehatan adalah perpindahan atau pergerakan informasi kesehatan elektronik antar organisasi sesuai dengan standar nasional. Tujuan pertukaran informasi kesehatan adalah untuk memfasilitasi akses dan pengambilan data klinis untuk memberikan asuhan atau pelayanan yang lebih aman, tepat waktu, efisien, efektif, berpusat pada pasien (Amatayakul, 2013; McCann, 2016).

Beberapa penelitian tentang Pertukaran Informasi Kesehatan memberikan hasil bahwa implementasi pertukaran informasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Khurshid A, Diana LM, Jain R, 2015), dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas pelaporan kesehatan masyarakat, memfasilitasi penyelidikan kesehatan masyarakat (Shapiro JS, Mostashari F, Hripcsak G, Soulakis N, Kuperman G, 2011). Peningkatan secara signifikan antara tahun 2008 dan 2012, pertukaran informasi kesehatan oleh rumah sakit dengan penyedia layanan lainnya terlepas dari jenis penyedia layanan, afiliasi organisasi, atau jenis informasi klinis (Furukawa MF, Patel V, Swain M, Mostashari F, 2013).

1.1 Aspek Hukum Pertukaran Informasi Kesehatan: “Privacy dan Security” Informasi Kesehatan

Pertukaran informasi kesehatan bergantung pada pasien untuk ikut serta dan setuju untuk berpartisipasi dalam Pertukaran informasi kesehatan atau tidak berpartisipasi dalam Pertukaran informasi kesehatan. Keputusan pasien untuk tidak berbagi informasi kesehatan dilindungi oleh Undang-Undang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan (HIPAA) dan dapat memiliki konsekuensi penting bagi penyedia layanan kesehatan jika keputusan tersebut tidak dihormati. Penyedia layanan kesehatan dikenakan denda jika keluhan diajukan ke Kantor Hak Sipil (Office of Civil Rights =OCR) dan OCR menemukan penyedia layanan tersebut tersebut telah lalai mematuhi peraturan privasi HIPAA (McCann, 2016; ONC, 2016).

HIPAA mengamanatkan bahwa penyedia layanan telah setuju untuk membatasi akses terhadap informasi pasien - kecuali keadaan darurat dan kebutuhan resmi lainnya - harus mempertahankan pembatasan tersebut atau jika tidak maka melanggar undang-undang privasi HIPAA (McCann, 2016; ONC, 2016; Furukawa MF, Patel V, Charles D, Swain M, Mostashari F. 2013).

Di Indonesia belum ada undang-undang atau peraturan perundangan mengatur Pertukaran Informasi Kesehatan. Saat ini tersedia Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran mengatur bahwa semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kedokteran dan/atau menggunakan data dan informasi tentang pasien wajib menyimpan rahasia kedokteran (pasal 4 ayat 1) dan rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan (pasal 5 ayat 1).

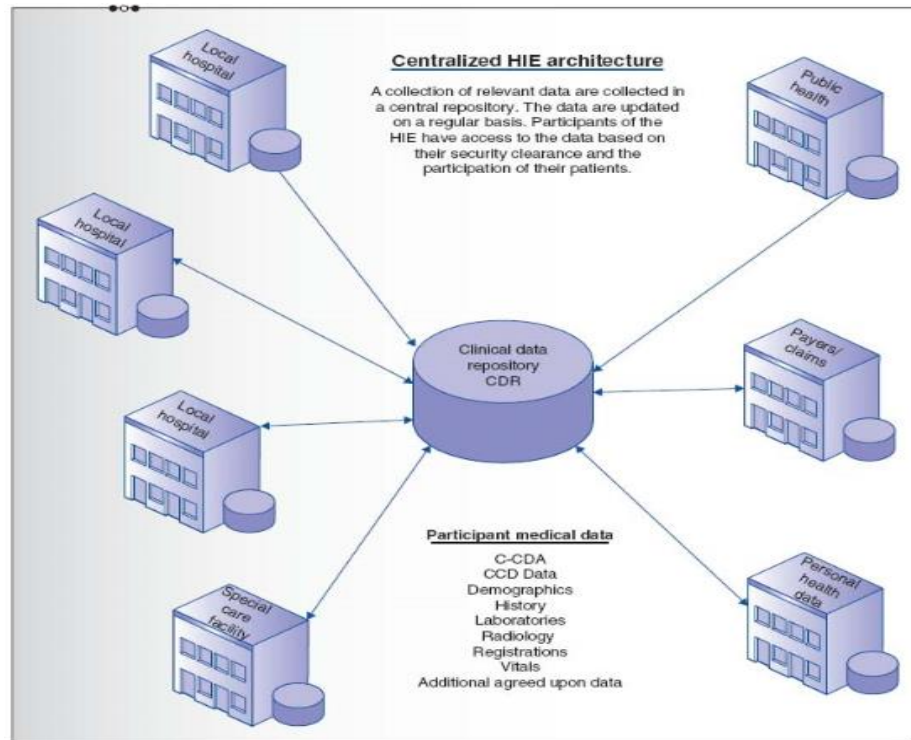
1.2 Tahapan Implementasi dan Model Pertukaran Informasi Kesehatan

Tahapan implementasi Pertukaran Informasi Kesehatan terdiri dari 1) menjamin konektivitas dan agregasi data dengan benar, 2) pertukaran data klinis dan 3) pertukaran informasi kesehatan tersedia bagi peserta. Pada tahap I diperlukan adanya *Master Patient Index (MPI)* dan *Record Locator Service (RLS)*; tahap II pertukaran data klinis mencakup hasil laboratorium, radiology, pengobatan, ringkasan pulang, catatan dokter dll; tahap III pertukaran informasi kesehatan tersedia bagi peserta seperti rumah sakit dan klinik serta masyarakat (McCann, 2016; ONC, 2016).

Ada tiga model konseptual Pertukaran Informasi Kesehatan yaitu 1) model sentralisasi (terpusat), 2) model desentralisasi, 3) model hibrid, dan 4) model penggabungan rekam kesehatan (McCann, 2016).

Dalam model sentralisasi atau terpusat semua data disimpan dalam repositori data bersama seperti dapat dilihat pada gambar 1. Pada tingkat tinggi bagaimana data didorong ke database terpusat dan diterima melalui kueri ke database. Kebijakan tata kelola antara para peserta di gudang data menentukan ruang lingkup penggunaan data, persetujuan pasien untuk berbagi data, informasi dan standar spesifik yang dipertukarkan. Beberapa keunggulan arsitektur ini adalah keseragaman data, waktu respon cepat terhadap query, dan konsistensi dalam aksesibilitas data.

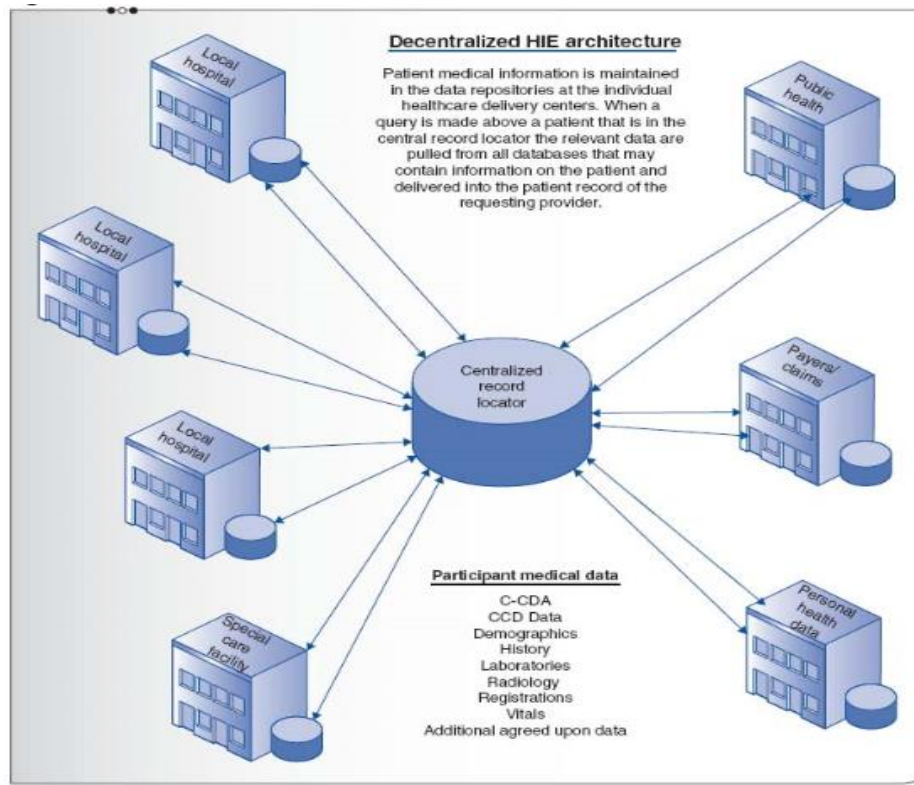
Kekurangannya yaitu peningkatan peluang duplikasi data, informasi bukan terkini karena penjadwalan transfer data dari peserta, dan peningkatan biaya pengembangan gudang data dan *software* pendukung (McCann, 2016).



Gambar 1 Model Sentralisasi (Sumber: *Health Information Exchange*, 2016)

Model desentralisasi adalah arsitektur yang banyak dikenal dapat dilihat pada gambar 2. Model desentralisasi menunjukkan catatan layanan locator (*record locator service*) adalah titik fokus pada permintaan data pasien. Data dan informasi tetap berada di server rumah sakit peserta sampai dibutuhkan melalui kueri. Layanan pencari lokasi Pertukaran Informasi Kesehatan (RLS) mengelola petunjuk informasi tentang server peserta Pertukaran Informasi Kesehatan. Petunjuk dalam Pertukaran Informasi Kesehatan mencakup nomor identifikasi orang (person ID) dan metadata. RLS tidak memberikan informasi tentang catatan, hanya menunjuk ke tempat yang mungkin ditemukan. Data tidak disimpan dalam database terpusat dan catatan hanya diberikan saat dibutuhkan. Beberapa keuntungan dari model desentralisasi mencakup data yang tersisa di bawah kendali peserta HIE sampai dibutuhkan, redundansi jika terjadi bencana karena beberapa sistem mengurangi risiko yang disebabkan oleh satu titik kegagalan, dan data berpotensi lebih banyak saat ini. Kekurangan mencakup data yang berpotensi tidak tersedia bila diperlukan karena tantangan teknis dengan

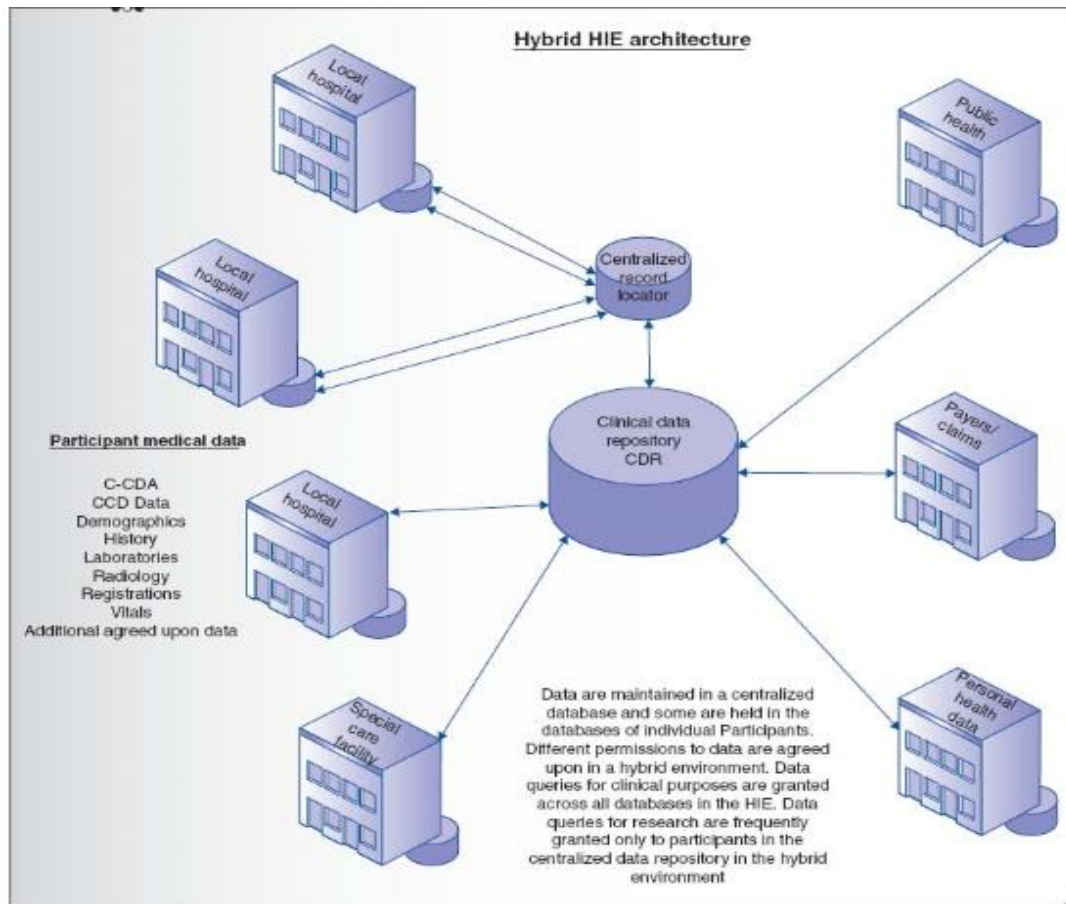
peserta, potensi kurangnya berbagi data untuk tujuan atau penelitian, dan data yang tidak lengkap karena pasien memiliki catatan di beberapa peserta (McCann, 2016).



Gambar 2 Model Desentralisasi (Sumber: *Health Information Exchange*, 2016)

Model hibrid adalah persilangan antara model sentralisasi dan desentralisasi dalam gambar 3. Model hibrid menggabungkan fungsionalitas *record locator service* dan repositori data terpusat. Dalam model hibrid, beberapa data disimpan dalam database terpusat dan beberapa masih berada di server peserta pertukaran informasi kesehatan sampai dibutuhkan. Dalam banyak hal model hibrid adalah terbaik dari dua model lainnya. Database terpusat memungkinkan data untuk kueri penelitian dari peserta dan entitas pertukaran informasi kesehatan yang telah mengontrak data yang tidak dikenal untuk tujuan penelitian. Gudang terpusat membuat data tersedia lebih cepat dan berpotensi lebih banyak tersedia bagi pasien melalui portal pasien umum yang tertambat pada pertukaran informasi kesehatan dan bukan satu rumah sakit. Aspek desentralisasi dari model ini memberikan data terkini pada masing-masing RKE peserta, keamanan dapat ditingkatkan untuk catatan pasien terbaru tetap berada dalam sistem peserta. Informasi juga tetap terkait dengan masing-masing peserta,

menciptakan elemen data untuk meningkatkan ketersediaan dan integritas data (McCann, 2016).



Gambar 3. Model Hibrid