

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Puskesmas**

Menurut (Permenkes No. 75 Tahun 2014) Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Th. A. Radito, 2019).

Puskesmas merupakan bentuk pelayanan dan fasilitas kesehatan yang penting dan terjangkau bagi seluruh kalangan masyarakat, khususnya bagi masyarakat ekonomi menengah ke bawah. Faktor biaya periksa dan obat yang lebih murah, serta lokasinya yang mudah dijangkau (berada di tiap kelurahan ataupun kecamatan) merupakan alasan utama masyarakat memilih Puskesmas sebagai tempat untuk berobat.

Puskesmas dijadikan ujung tombak pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat hal itu karena keberadaan Puskesmas yang menyebar ke semua daerah di setiap kelurahan, kecamatan, kabupaten. Keberadaan Puskesmas lebih dekat dengan masyarakat daripada Rumah Sakit. Di mana keberadaan Rumah sakit ditingkat kecamatan relatif sedikit, sebagian besar ditingkat kabupaten atau propinsi saja. Di samping itu biaya periksa, biaya obat relatif lebih murah dan prosedurnya lebih mudah di Puskesmas daripada di Rumah Sakit (Th. A. Radito, 2019).

Puskesmas adalah UKM tingkat pertama. UKM dalam Permenkes 43 tahun 2019 tentang Puskesmas dijelaskan bahwa Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan

menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sedangkan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan (Saverus, 2019).

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM, Puskesmas berwenang untuk :

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakankesehatan
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses mutu dan cakupan pelayanan kesehatan
9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap Sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, menjelaskan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif, dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), ataupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik tentunya harus diusahakan adanya peningkatan kualitas layanan guna mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat (Nasution et al., 2022).

Setiap puskesmas wajib menjalankan lima UKM esensial yakni, promosi kesehatan (promkes), kesehatan lingkungan (kesling), kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (KIA-KB), pelayanan gizi, dan pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara danmeningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Kegiatan lain yang dilakukan puskesmas adalah UKP dalam bentuk rawat jalan baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit, pelayanan gawat darurat, pelayanan persalinan normal, perawatan di rumah, dan rawat inap. Dengan sistem kesehatan berjenjang dari tingkat primer, sekunder, dan tersier serta sistem rujuk dan rujuk balik, puskesmas menjadi layanan kesehatan pertama yang dikunjungi masyarakat ketika sakit (Nasution et al., 2022).

### **2.1.2 Rekam Medis**

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis

merupakan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang telah diberikan kepada pasien dan pengobatan baik di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat pelayanan gawat darurat (PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008, 2008). Seiring dengan perkembangannya peraturan rekam medis, saat ini Kemenkes mendeklarasikan penggunaan Rekam Medis Elektronik yaitu rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Amran et al., 2022).

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Kholili, 2011).

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek (Indradi, 2014), antara lain :

a. Aspek Administrasi (*Administration*)

Dalam dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan kesehatan.

b. Aspek Hukum (*Legal*)

Berkas rekam medis mempunyai nilai hukum yang menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan serta usaha menegakkan hukum penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan (*Financial*)

Berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, dikarenakan isinya yang mengandung data dan informasi yang dapat dipergunakan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan rumah sakit yang dapat dipertanggung jawabkan.

d. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu dokumen rekam medis dapat mempunyai nilai penelitian, dikarenakan isinya yang menyangkut data ataupun informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu di bidang kesehatan.

e. Aspek Pendidikan (*Education*)

Berkas rekam medis akan mempunyai nilai pendidikan, dikarenakan isinya menyangkut data ataupun informasi tentang kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan untuk bahan referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

f. Aspek medis (*Medical*)

Rekam medis mempunyai nilai medis karena catatan tersebut dipakai sebagai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.

g. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena merupakan sumber yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 maka manfaat dari rekam medis sebagai berikut (Kemenkes RI, 2016) :

a. Pengobatan pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

b. Peningkatan kualitas pelayanan

Rekam medis bermanfaat dalam peningkatan kualitas pelayanan. Pembuatan rekam medis dalam penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas, lengkap dan tepat akan meningkatkan kualitas pelayanan serta sebagai bentuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

c. Pendidikan dan penelitian

Manfaat Rekam Medis pada pendidikan dan penelitian, rekam medis yang berisikan catatan/dokumentasi suatu kondisi pasien merupakan suatu informasi perkembangan secara kronologis penyakit pasien, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis yang bermanfaat untuk bahan informasi bagi para siswa sekolah kesehatan, guru, mahasiswa, dosen, serta para peneliti kesehatan lainnya.

d. Pembiayaan Manfaat

Rekam medis sebagai dasar pembiayaan. Catatan rekam medis yang telah dibuat oleh dokter, dokter gigi, maupun tenaga kesehatan lainnya dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan besarnya biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien, keluarga pasien maupun lembaga asuransi kesehatan.

### **2.1.3 Kodefikasi**

Kodefikasi adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Pemberian kode ini merupakan kegiatan klasifikasi penyakit dan tindakan yang mengelompokkan penyakit dan tindakan berdasarkan kriteria tertentu yang telah disepakati. Pemberian kode atas diagnosis

Pengkodingan memiliki fungsi yang sangat penting dalam pelayanan manajemen informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan kembali informasi atas perawatan

pasien, penelitian, perbaikan, pelaksanaan, perancangan dan fasilitas manajemen dan untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak, 2001).

Menurut Savitri Citra Budi Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (dicky, 2008).

Standar Prosedur Operasional adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan tersebut. SOP hadir dalam bentuk dokumen yang berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis untuk membantu menyelesaikan pekerjaan untuk memperoleh hasil kerja efektif dari pekerja dengan biaya serendah-rendahnya.

Menurut Bowman (2001) seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengkodean dibutuhkan untuk meningkatkan konsistensi. Kebijakan dan prosedur pengkodean harus mencakup hal-hal berikut:

- a. Arah untuk mengkaji catatan.
- b. Petunjuk cara mengatasi dokumentasi yang tidak lengkap dan bertentangan.
- c. Instruksi untuk berkomunikasi dengan dokter untuk klarifikasi dan pencatatan rekam kesehatan.
- d. Petunjuk tentang tindakan yang akan diambil ketika kode yang sesuai tidak dapat ditemukan.
- e. Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian biaya (kode opsional).
- f. Definisi standarisasi atau rangkaian kode.
- g. Penggunaan bahan referensi dan buku dan instruksi untuk memperbarui.
- h. Memasukkan data secara komputerisasi atau proses lainnya.

#### **2.1.4 Internal Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10 (ICD-10)**

Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nita dkk, menjelaskan bahwa ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) merupakan standar internasional untuk pencatatan kesehatan dan statistik penyakit baik pada tingkat primer, sekunder maupun tersier. ICD-10 mendefinisikan penyakit, gangguan, cedera, dan kondisi kesehatan lainnya yang terdaftar secara hirarki. ICD-10 biasanya digunakan sebagai klasifikasi penyakit, cedera dan sebab kematian (Budiyanti et al., 2023)

Di Indonesia, penggunaan International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD – 10) terbitan WHO telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI sejak tanggal 19 Februari 1996. ICD –10 terdiri dari 3 volume :

- Volume 1 (Tabular List), berisi tentang hal-hal yang mendukung klasifikasi utama;
- Volume 2 (Instruction Manual), berisi tentang pedoman penggunaan;
- Volume 3 (Alphabetical Index), berisi tentang klasifikasi Penyakit yang disusun berdasarkan indeks abjad atau secara alfabet, terdiri dari 3 seksi;
  - a. Seksi 1 merupakan klasifikasi diagnosis yang tertera dalam Vol 1
  - b. Seksi 2 untuk mencari penyebab luar morbiditas, mortalitas dan membuat istilah dari bab 20.
  - c. Seksi 3 merupakan tabel obat-obatan dan zat kimia sebagai sambungan dari bab 19, 20, dan menjelaskan indikasi kejadiannya

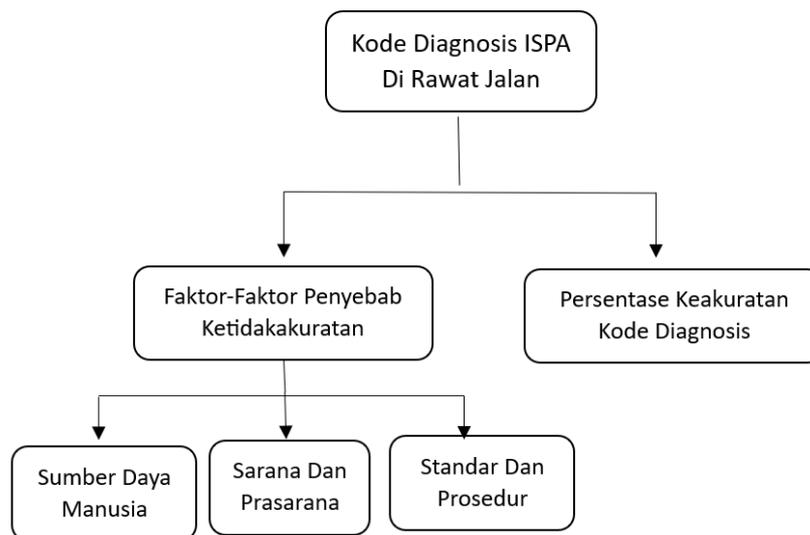
Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG"s) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional diterangkan langkah-langkah dalam melakukan pengodean menggunakan ICD 10 (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016), yaitu :

- a. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode lalu lihat di buku ICD 10 volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya merupakan penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21 (*Section I Volume 3*). Jika pernyataannya merupakan penyebab luar atau cedera

diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II Volume 3*).

- b. Tentukan *lead term*. Pada penyakit dan cedera biasanya menggunakan kata benda untuk kondisi patologis. Namun, dalam beberapa kondisi dijelaskan menggunakan kata sifat atau eponim dimasukkan dalam index sebagai *lead term*.
  - c. Baca, pahami dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
  - d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentas di bawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
  - e. Ikuti alur setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index.
  - f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume I. Untuk kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada *Volume I* karena tidak terdapat dalam index.
  - g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, di bawah blok atau di bawah judul kategori.
- e. Tepat waktu (*timeliness*)

## 2.2 Kerangka konsep



Gambar 1 Kerangka Konsep

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode deskriptif digunakan untuk mengetahui nilai masing-masing variabel, baik satu variabel atau lebih sifatnya independen tanpa membuat hubungan maupun perbandingan dengan variabel yang lain. Penelitian deskriptif juga merupakan penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Purnia et al., 2020).

Metode penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berbasis pada filsafat positivisme, yang mana digunakan untuk meneliti populasi atau sampel tertentu, yang umumnya pengambilan sampelnya dilakukan secara *random*, dan data dikumpulkan menggunakan instrumen penelitian, lalu dianalisis secara kuantitatif/statistik dengan tujuan menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Djollong, 2019).

Berdasarkan keterangan dari beberapa ahli di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian deskriptif kuantitatif adalah metode penelitian yang berkaitan dengan angka-angka yang dianalisis dengan teknik statistik untuk menganalisa hasilnya. Pada penelitian ini, penerapan deskriptif kuantitatif diharapkan mampu menggambarkan statistik data, dimana dalam hal ini yaitu keakuratan kode diagnosis Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Puskesmas Sopaah Kabupaten Pamekasan.

#### 3.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

*Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional*

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Persentase keakuratan kode diagnosis ISPA	Menghitung persentase keakuratan kode diagnosis ISPA	Observasi	Lembar Checklist	Informasi berkas dengan kode yang akurat dan berkas dengan kode

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
					yang tidak akurat
2	Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA berdasarkan SDM	Identifikasi faktor ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi SDM, meliputi: 1. Pendidikan 2. Pelatihan 3. Lama Kerja 4. Komunikasi efektif antara tenaga medis dan koder	Wawancara	Lembar Wawancara	Informasi mengenai penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi SDM
3	Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA berdasarkan sarana dan prasarana	Identifikasi faktor ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi sarana dan prasarana, meliputi: Ketersediaan ICD dan kamus kedokteran	Wawancara	Lembar Wawancara	Informasi mengenai penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi sarana dan prasarana
4	Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA berdasarkan standar dan prosedur	Identifikasi faktor ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi standar dan prosedur	Wawancara	Lembar Wawancara	Informasi mengenai penyebab ketidakakuratan kode diagnosis ISPA dilihat dari segi standar dan prosedur

### 3.3 Populasi dan Sampel

#### 3.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data pasien diagnosis ISPA periode Maret 2023 dan petugas rekam medis di Puskesmas Sopaah.

### 3.3.2 Sampel

Sampel penelitian merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Penentuan sampel menggunakan rumus slovin dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan penarikan sampel yang masih dapat diinginkan

Berdasarkan jumlah populasi di Puskesmas Sopaah pada bulan Maret 2023 sebanyak 179 berkas rekam medis, sehingga persentase yang digunakan adalah 10%. Alasan penulis menggunakan batas ketidaktelitian sebesar 10% karena jumlah populasi kurang dari 1000. Hasil dapat dibulatkan untuk mencapai kesesuaian, maka peneliti menghitung sampel berdasarkan jumlah populasi kasus ISPA pada bulan Maret 2023

$$n = \frac{179}{1 + 179 (10\%)^2} = \frac{179}{1 + 179(0,01)} = \frac{179}{1 + 1,79} = \frac{179}{2,79} = 64,1$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas maka dapat ditentukan untuk jumlah sampel dokumen rekam medis kasus ISPA bulan Maret 2023 sebanyak 64 rekam medis.

### 3.3.3 Informan

Informasi yang dibutuhkan tentunya membutuhkan pihak yang terlibat langsung dalam proses kodefikasi klinis atas diagnosis pasien dan pembuat kebijakan atau prosedur terkait unit di instalasi rekam medis, salah satunya unit coding. Sehingga peneliti menentukan bahwa terdapat 2 informan pada penelitian ini, yaitu petugas coding dan kepala rekam medis.

## 3.4 Instrumen dan Cara Pengumpulan data

### 3.4.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berfungsi sebagai pedoman tertulis terkait kegiatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data.

Instrumen penelitian bisa disebut juga sebagai pedoman pengamatan atau kuesioner sesuai dengan metode yang sedang digunakan . Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :

1. Instrumen observasi berupa tabel checklist terkait keakuratan kodefikasi,
2. Instrumen wawancara berupa daftar pertanyaan terkait faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi, dan
3. Kalkulator untuk menghitung jumlah sampel yang akan diambil dan menghitung persentase dari analisis data yang diteliti.

### **3.4.2 Cara Pengumpulan Data**

#### **1. Jenis Data**

Terdapat dua jenis data yang digunakan dalam penelitian yaitu data kualitatif dan data kuantitatif, namun dalam penelitian ini peneliti menggunakan data kuantitatif. Data kuantitatif merupakan data berupa angka-angka yang dianalisis dengan teknik statistik untuk menganalisis hasilnya. Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi dokumen rekam medis kasus ISPA (Djollong, 2019).

#### **2. Sumber Data**

##### **a. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung dari tangan pertama. Data primer pada penelitian ini yaitu berupa data 10 besar penyakit, dokumen rekam medis kasus ISPA dan petugas rekam medis di Puskesmas Sopaah

##### **b. Data Sekunder**

Data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti dari sumber yang sudah tersedia. Data sekunder yang diperoleh peneliti adalah internet, buku, jurnal, dan berkas rekam medis pasien yang berkaitan dengan penelitian.

### 3. Cara Pengumpulan Data

#### a. Observasi

Observasi merupakan kegiatan pengumpulan data dengan cara mengamati secara langsung objek atau subjek yang akan diteliti. Peneliti melakukan observasi dengan cara melakukan pengamatan secara langsung bagaimana proses pengkodean diagnosis khususnya diagnosis ISPA di Puskesmas Sopaah Kabupaten Pamekasan.

#### b. Wawancara

Wawancara merupakan kegiatan tanya jawab antara dua orang atau lebih dengan berpedoman pada daftar pertanyaan. Pada penelitian ini wawancara yang dilakukan adalah wawancara berstruktur, yang mana peneliti telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis sebagai panduan.

### 3.5 Metode Analisis Data

Metode analisis data pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan cara seperti berikut:

Metode analisis data pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan cara seperti berikut :

1. Menganalisis lembar medis pasien seperti anamnesis, resume medis dan lembar cppt;
2. Mengidentifikasi SOP untuk menentukan kode diagnosis ISPA;
3. Menganalisis ketepatan pemberian kode diagnosis kasus ISPA;
4. Melakukan *cross check* terhadap kode diagnosis ISPA yang telah ditetapkan apakah sudah sesuai dengan ICD-10.
5. Mengkualisi hasil kodefikasi yang tepat dan tidak tepat berdasarkan ketentuan ICD-10.

### 3.6 Jadwal Penelitian

#### a. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari 2023

b. Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Sopaah Kabupaten Pamekasan

**3.7 Tahapan Penelitian**

Berikut merupakan tahapan penelitian yang dilakukan sebagai berikut:

1. Reduksi Data

Reduksi data dalam penelitian ini yaitu dengan mengelompokkan data diagnosis ISPA di rawat jalan berdasarkan permasalahannya untuk kemudian diambil yang dianggap akurat atau belum akurat kodenya.

2. Penyajian Data

Setelah mereduksi data, selanjutnya melakukan penyajian data guna mempermudah memahami data yang diperoleh. Pada penelitian ini, data disajikan dalam bentuk tabel dan teks yang bersifat naratif.

3. Menarik Kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian ini dibuat berdasarkan tujuan dari penelitian ini yaitu identifikasi keakuratan kode diagnosis ISPA dan faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis ISPA.