

## **BAB IV**

### **ANALISA DAN PERANCANGAN SISTEM**

#### **4.1 Tinjauan Organisasi**

##### **4.1.1 Sejarah Berdirinya Rumah Sakit Jiwa**

Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung merupakan translokasi dari Rumah Sakit Jiwa Mentok yang didirikan tanggal 28 Agustus 1949, dengan memanfaatkan bangunan penjara (pagar tembok tingginya 4m, dengan luas tanah 0.5 Ha) kapasitas 40 tempat tidur. Oleh karena tidak mungkin dikembangkan, Direktorat Kesehatan Jiwa dan Dr. Nahrowi Oesman (selaku Kepala Dinas Kesehatan Jiwa dan Dr. Nahrowi Oesman (selaku Kepala Dinas Kesehatan TK.II Bangka yang merangkap Direktur Rumah Perawatan Sakit Jiwa Mentok), Memprakasai translokasi dari mentok ke Sungailiat. Pembangunan Rumah Sakit Jiwa Sungailiat dimulai dari anggaran pembangunan 1976/1977 secara bertahap dan pada akhir tahun 1979 diresmikan penggunaan gedung baru tersebut oleh Prof.Dr.Kusmanto Setyonegoro selaku Kepala Direktorat Kesehatan Jiwa. Dengan SK Menteri Kesehatan tanggal 10 Desember 1980 Nomor: 2531 / YanKes / DKJ / 1980 dengan resmi Rumah Sakit Jiwa Mentok (ditutup terhitung tanggal 14 November 1979) dan dikembalikan kepada Departemen Kehakiman. Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Sungailiat dengan keluarnya SK Menteri Kesehatan Nomor: 135/Menkes/SK/IV/1979 ditetapkan sebagai rumah sakit Jiwa type B.

##### **4.1.2 Visi dan Misi**

###### **4.1.2.1 Visi**

Terwujudnya pelayanan kesehatan jiwa yang paripurna,bermutu dan berkeadilan.

Makna Pernyataan visi :

###### **a. Pelayanan Kesehatan Jiwa**

Merupakan salah satu pelayanan kesehatan utama yang dilakukan oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, sebagai

satu-satunya rumah sakit jiwa yang ada di provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

b. Paripurna

Dalam melakukan pelayanan dimaksudkan pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

c. Bermutu

Derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman.

d. Berkeadilan

Adalah kesempatan yang sama kepada seluruh masyarakat provinsi Kepulauan Bangka Belitung dalam menerima pelayanan kesehatan .

#### **4.1.2.2 Misi**

Mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa, penanggulangan penyalahgunaan narkoba dan kesehatan lainnya sesuai standar.

- a. Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- b. Meningkatkan kualitas sumberdaya manusia melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian.
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan jiwa

#### **4.1.3 Tugas dan Fungsi**

Menurut Peraturan Daerah Propinsi Kepulauan Daerah Kepulauan Bangka Belitung no. 1 tahun 2013 yang berisi tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Propinsi Kepulauan Bangka Belitung, dijelaskan Tugas dan Fungsi pokok Rumah Sakit Jiwa sebagai berikut:

#### **4.1.3.1 Tugas Pokok**

1. Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative terhadap kesehatan jiwa, korban narkoba dan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan daerah dan kewenangan yang dilimpahkan Gubernur.
2. Melakukan pelayanan bermutu yang terakreditasi sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

#### **4.1.3.2 Fungsi Pokok**

1. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan jiwa dan korban narkoba perorangan ataupun masyarakat melalui pelayanan paripurna tingkat sekunder dan tersier.
2. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa dan penanganan korban narkoba.
3. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan jiwa dan narkoba dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
4. Pelaksanaan administrasi dan keuangan Rumah Sakit Jiwa.

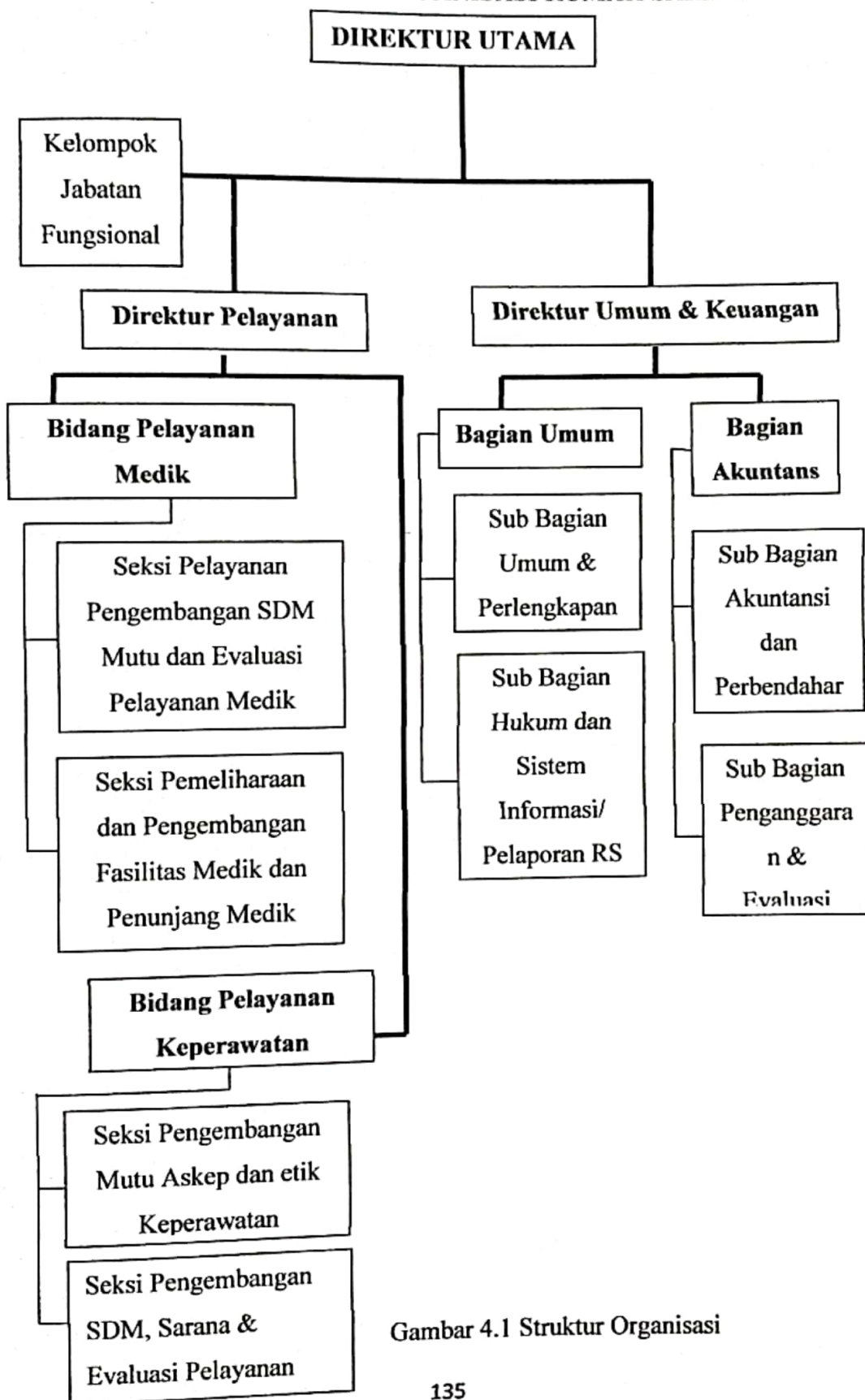
#### **4.1.4 Struktur Organisasi**

Susunan Organisasi Rumah Sakit Jiwa Daerah Kepulauan Bangka Belitung, terdiri dari:

- a. Direktur Utama;
- b. Direktur Pelayanan terdiri dari:
  1. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
    - 1) Seksi Pelayanan Pengembangan SDM, Mutu dan Evaluasi Pelayanan Medik.
    - 2) Seksi Pemeliharaan dan Pengembangan Fasilitas Medik dan Penunjang Medik

2. Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari :
  - 1) Seksi Pengembangan Mutu Asuhan Keperawatan dan Etik Keperawatan.
  - 2) Seksi Pengembangan SDM, Sarana, dan Evaluasi Pelayanan.
  
- c. Direktur Umum dan Keuangan, terdiri dari:
  1. Bagian Umum, terdiri dari:
    - 1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.
    - 2) Sub Bagian Hukum dan Sistem Informasi / Pelaporan Rumah Sakit
  2. Bagian Akuntansi, terdiri dari:
    - 1) Sub Bagian Akuntansi dan Perbendaharaan.
    - 2) Sub Bagian Penganggaran dan Evaluasi Pelaporan.
  
- d. Kelompok Jabatan Fungsional

## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT JIWA



Gambar 4.1 Struktur Organisasi

## **4.2. Analisa Sistem Berorientasi Objek**

"Analisa sistem adalah suatu teknik pemecahan masalah yang dapat memisahkan suatu sistem ke dalam komponen-komponen dengan tujuan untuk mempelajari seberapa baik komponen itu bekerja dan saling berinteraksi untuk dapat memenuhi tujuan yang diharapkan". (Jeffery L. Whitten et al, 2004 :186).

Analisa sistem informasi akan membantu dalam mengetahui informasi – informasi tentang sistem yang sedang berjalan. Sehingga dengan analisa sistem, diharapkan bisa diketahui sejauh mana kebutuhan yang telah ditangani oleh sistem yang berjalan dan bagaimana agar kebutuhan – kebutuhan yang belum bisa terpenuhi dapat diberikan solusinya dan diterapkan dalam tahap perancangan sistem.

### **4.2.1. Uraian Prosedur**

Adapun uraian prosedur yang ada di RS Jiwa Daerah Kepulauan Bangka Belitung adalah sebagai berikut :

#### **1) Proses Pendaftaran**

Pasien yang sudah pernah berobat mendaftar ke bagian rekam medik dengan menyerahkan kartu berobat ke petugas rekam medik. Kemudian petugas rekam medik akan mencatat data pasien di buku kunjungan harian. Petugas rekam medik kemudian mencarikan buku rekam medik pasien / Status berdasar nomor rekam medik pasien lalu menyerahkan ke bagian poliklinik atau IGD Jika pasien baru pertama kali berobat, maka petugas rekam medik membuatkan kartu berobat.

#### **2) Proses Pemeriksaan Pasien**

Perawat poliklinik / IGD menerima buku status pasien dari petugas rekam medik, kemudian mencatatkan data pasien di buku kunjungan poliklinik / IGD. Kemudian dokter jaga memeriksa dan mencatat keluhan pasien di buku status, lalu memberikan resep obat pada pasien.

### 3) Proses Surat Masuk Perawatan

Setelah pasien diperiksa dokter, keluarga pasien kembali ke ruang rekam medik untuk dibuatkan surat masuk pasien rawat inap. Setelah mencatatkan data pasien ke buku rawat inap, petugas rekam medik memasukkan surat masuk buku status pasien dan diserahkan ke perawat.

### 4) Proses Rawat Inap

Setelah berkas lengkap, pasien diantar perawat poliklinik / IGD ke ruangan rawat inap. Diruangan, perawat menerima pasien dan buku status pasien kemudian di catat di buku register. Selama masa perawatan, perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

### 5) Proses Visite

Setelah berkas lengkap, pasien diantar perawat poliklinik / IGD ke ruangan rawat inap. Diruangan, perawat menerima pasien dan buku status pasien kemudian di catat di buku register. Selama masa perawatan, perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Setiap 2 kali seminggu dokter visite keruangan untuk memeriksa perkembangan kesehatan pasien, kemudian mencatatkan hasil periksa dan therapi ke buku status pasien dan membuatkan resep obat. Resep obat diserahkan ke perawat kemudian perawat membuatkan kwitansi visite.

### 6) Proses Pengambilan Obat

Perawat menyerahkan resep obat ke bagian apotik, kemudian petugas apotik menyiapkan obat dan menghitung biaya obat. Obat lalu diserahkan ke perawat dan sedangkan kuitansi pembayaran diserahkan ke bagian peñata rekening.

#### 7) Proses Pengambilan Obat

Perawat menyerahkan resep obat ke bagian apotik, kemudian petugas apotik menyiapkan obat dan menghitung biaya obat. Obat lalu diserahkan ke perawat dan sedangkan kuitansi pembayaran diserahkan ke bagian penata rekening.

#### 8) Proses Pemeriksaan Penunjang

Jika ada instruksi dokter untuk melakukan pemeriksaan penunjang pada pasien, maka perawat menyiapkan blangko pemeriksaan penunjang dan mengantar pasien ke bagian penunjang untuk dilakukan pemeriksaan penunjang, kemudian petugas bagian penunjang seperti laboratorium, EEG dan *Stress Analyzer* membuat kwitansi bukti pembayaran dan diserahkan ke perawat.

#### 9) Proses Rujukan

Apabila terdapat pasien yang memerlukan penanganan fisik serius, maka dokter membuat surat rujukan ke RSUD terdekat. Kemudian perawat membawa pasien beserta surat rujukan ke RSUD.

#### 10) Proses Konsul

Pasien yang tidak mengalami kemajuan selama dirawat, maka dokter ruangan meminta penanganan dokter spesialis jiwa atau bantuan dari psikolog. Dokter ruangan mencatat permintaan di form konsul, kemudian perawat akan melapor pada dokter spesialis / psikolog. Dokter spesialis / psikolog datang ke ruangan untuk memeriksa pasien, kemudian hasil pemeriksaan di catat pada form konsul, perawat membuat kwitansi konsul.

#### 11) Proses Pasien Pulang

Setelah pasien dinyatakan sembuh dan boleh pulang, perawat menyiapkan obat, lalu menyerahkan buku status rawat inap pasien



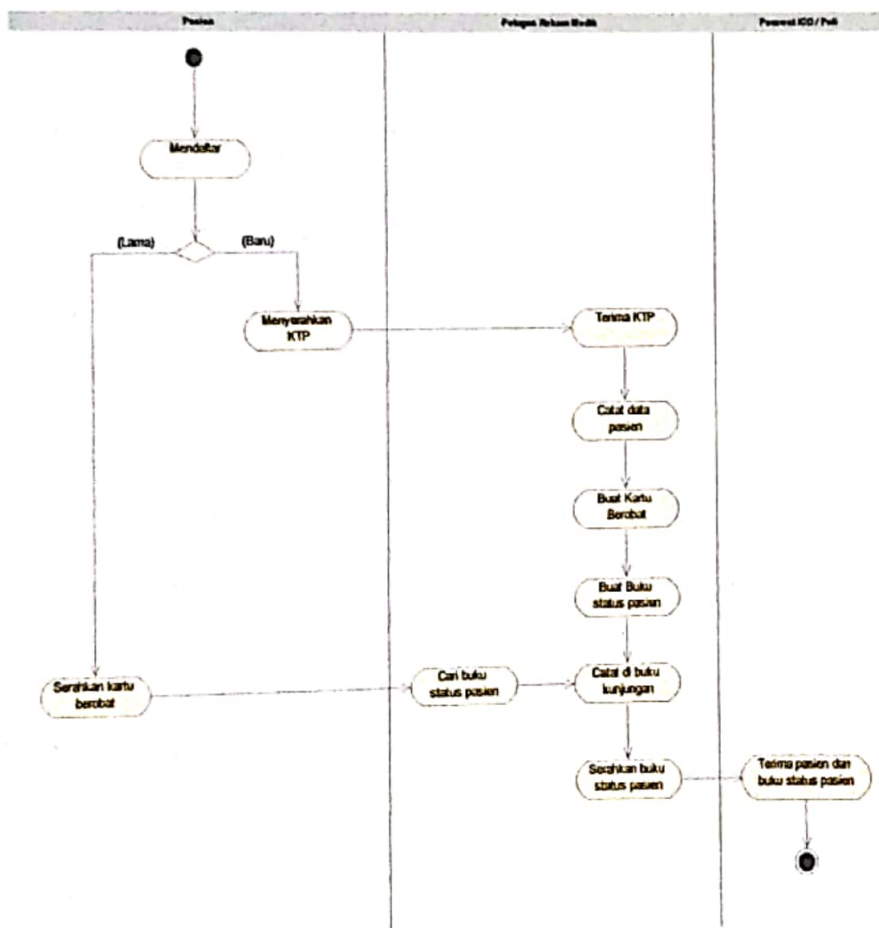
kebagian rekam medik untuk dibuatkan surat pulang. Kemudian perawat menyerahkan surat pulang dan kwitansi tindakan-tindakan medik dan keperawatan yang dilakukan selama masa perawatan ke bagian penata rekening.

## 12) Proses Laporan Pasien Rawat Inap

Setiap akhir bulan perawat membuat laporan pasien rawat inap, yang diserahkan kepada Ka. Bid. Perawatan.

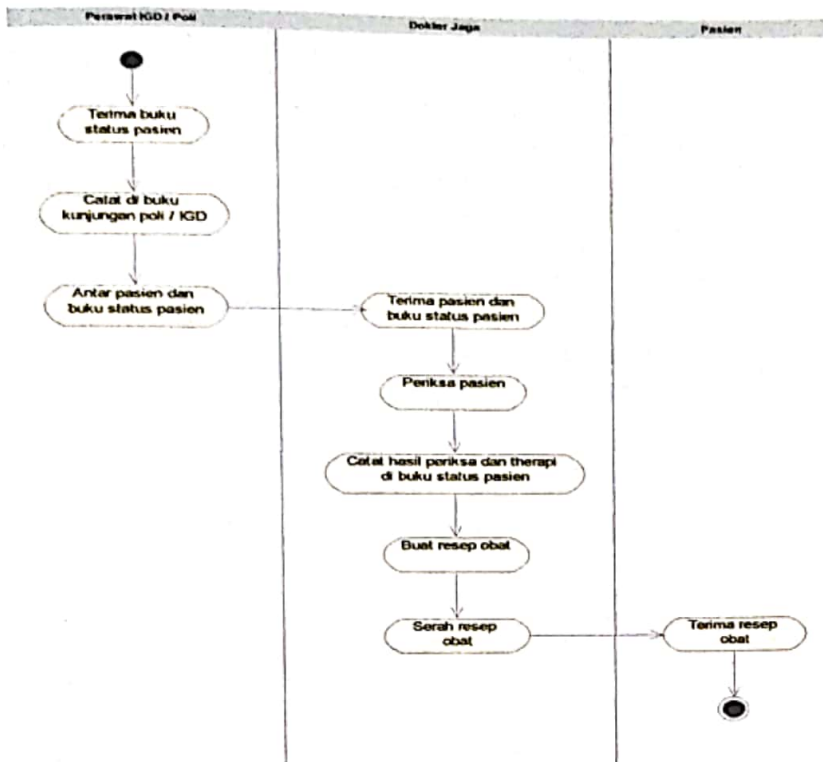
### 4.2.2 Activity Diagram

#### 1) Proses Pendaftaran



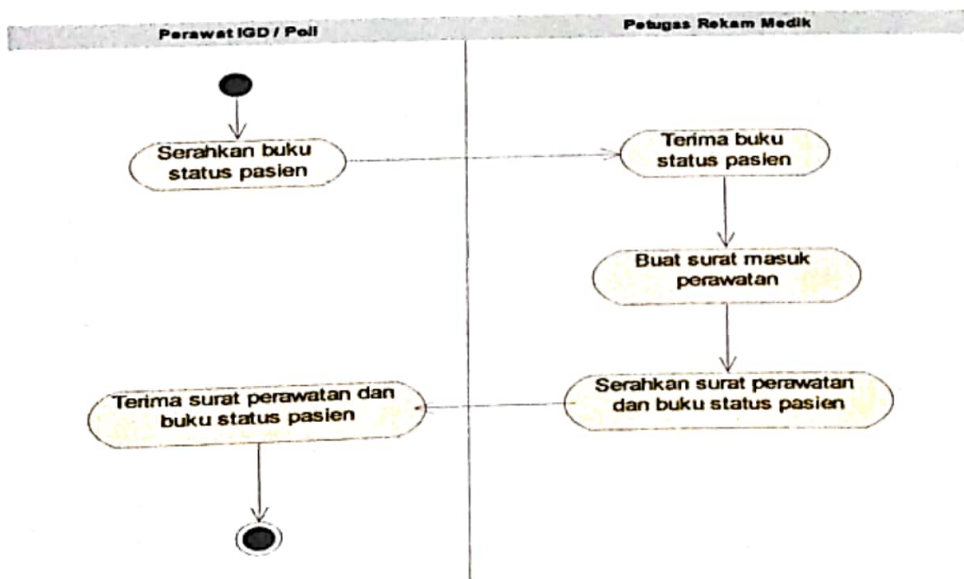
Gambar 4.2 Activity Diagram Pendaftaran

## 2) Proses Pemeriksaan Pasien



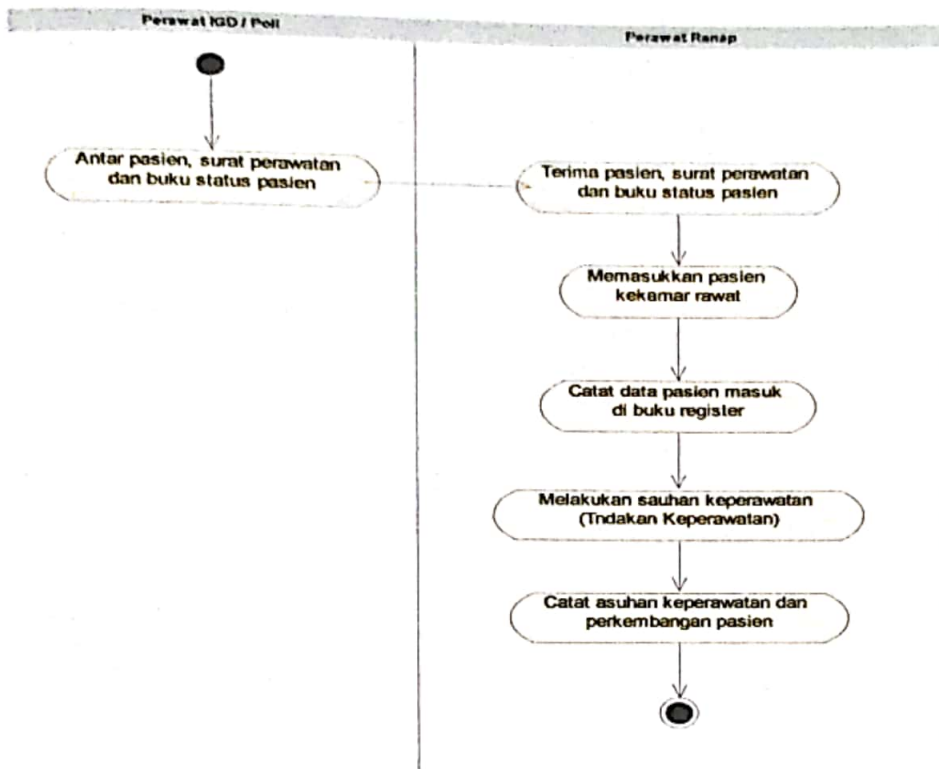
Gambar 4.3 Activity Diagram Pemeriksaan Pasien

## 3) Proses Surat Masuk Perawatan



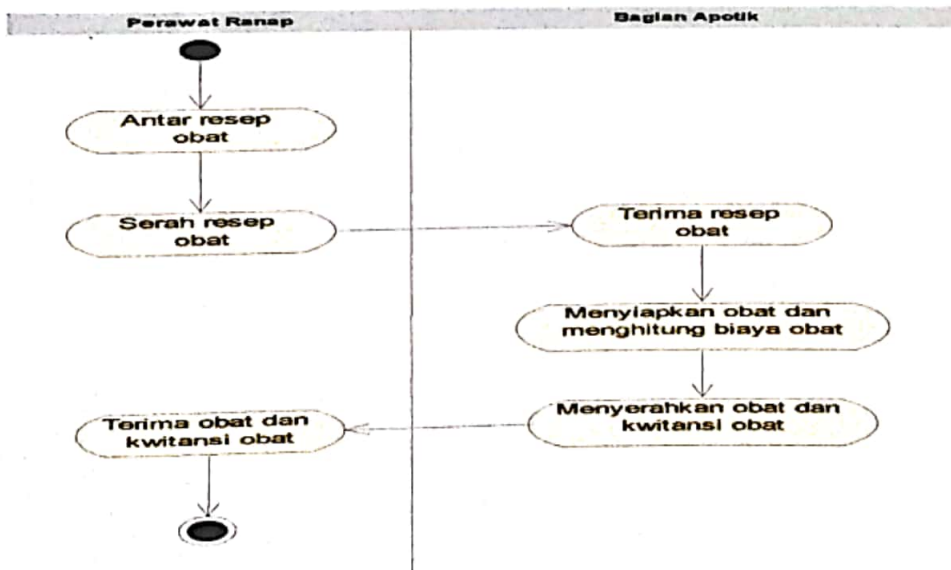
Gambar 4.4 Activity Diagram Surat Masuk Pasien

#### 4) Proses Rawat Inap



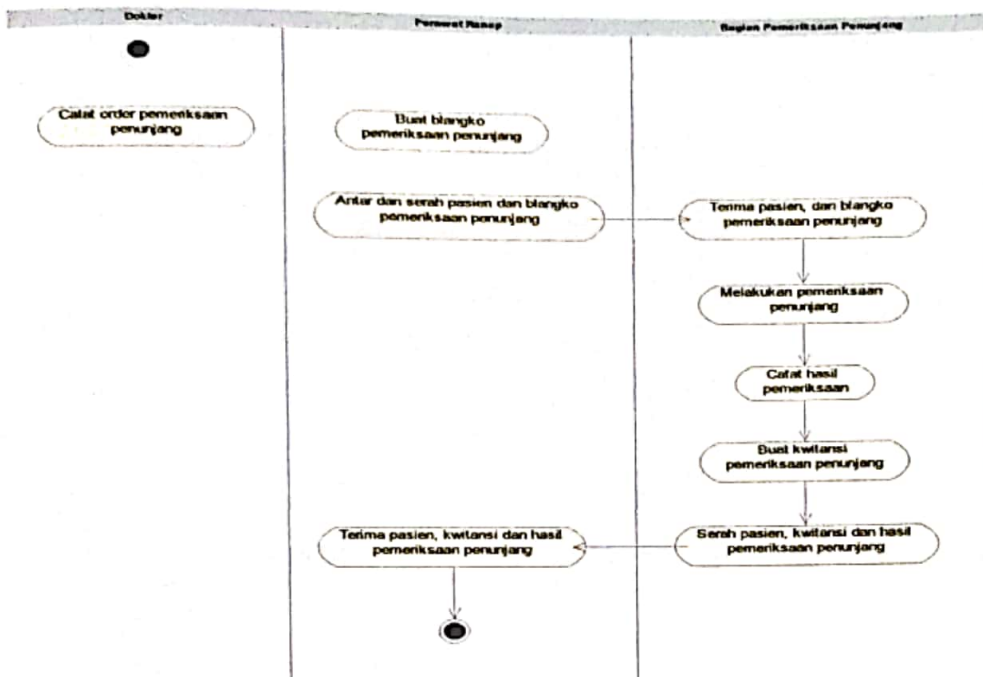
Gambar 4.5 Activity Diagram Rawat Inap

#### 5) Proses Pengambilan Obat



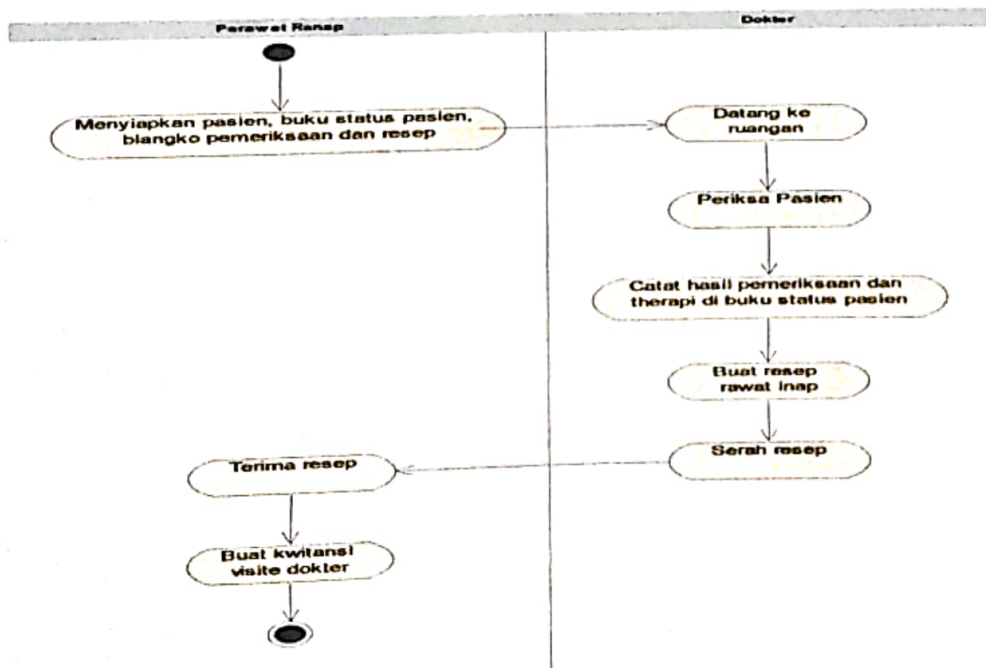
Gambar 4.6 Activity Diagram Pengambilan Obat

## 6) Proses Pemeriksaan Penunjang



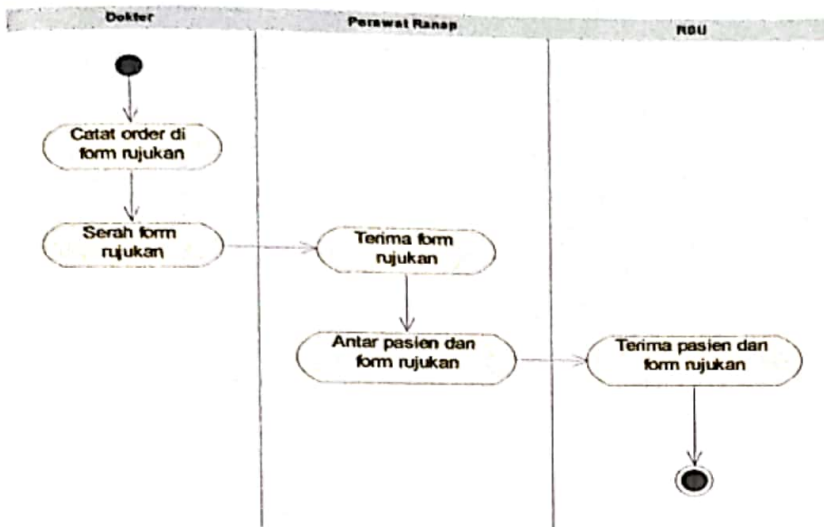
Gambar 4.7 Activity Diagram Pemeriksaan Penunjang

## 7) Proses Visite Dokter



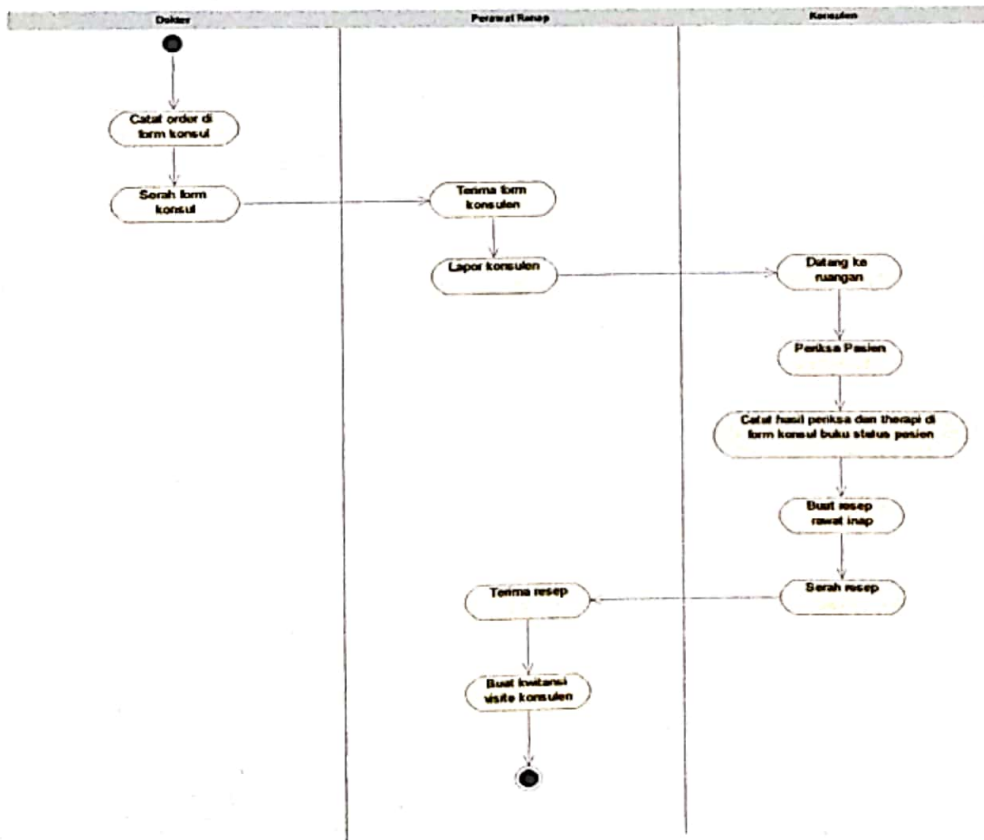
Gambar 4.8 Activity Diagram Visite Dokter

## 8) Proses Rujukan



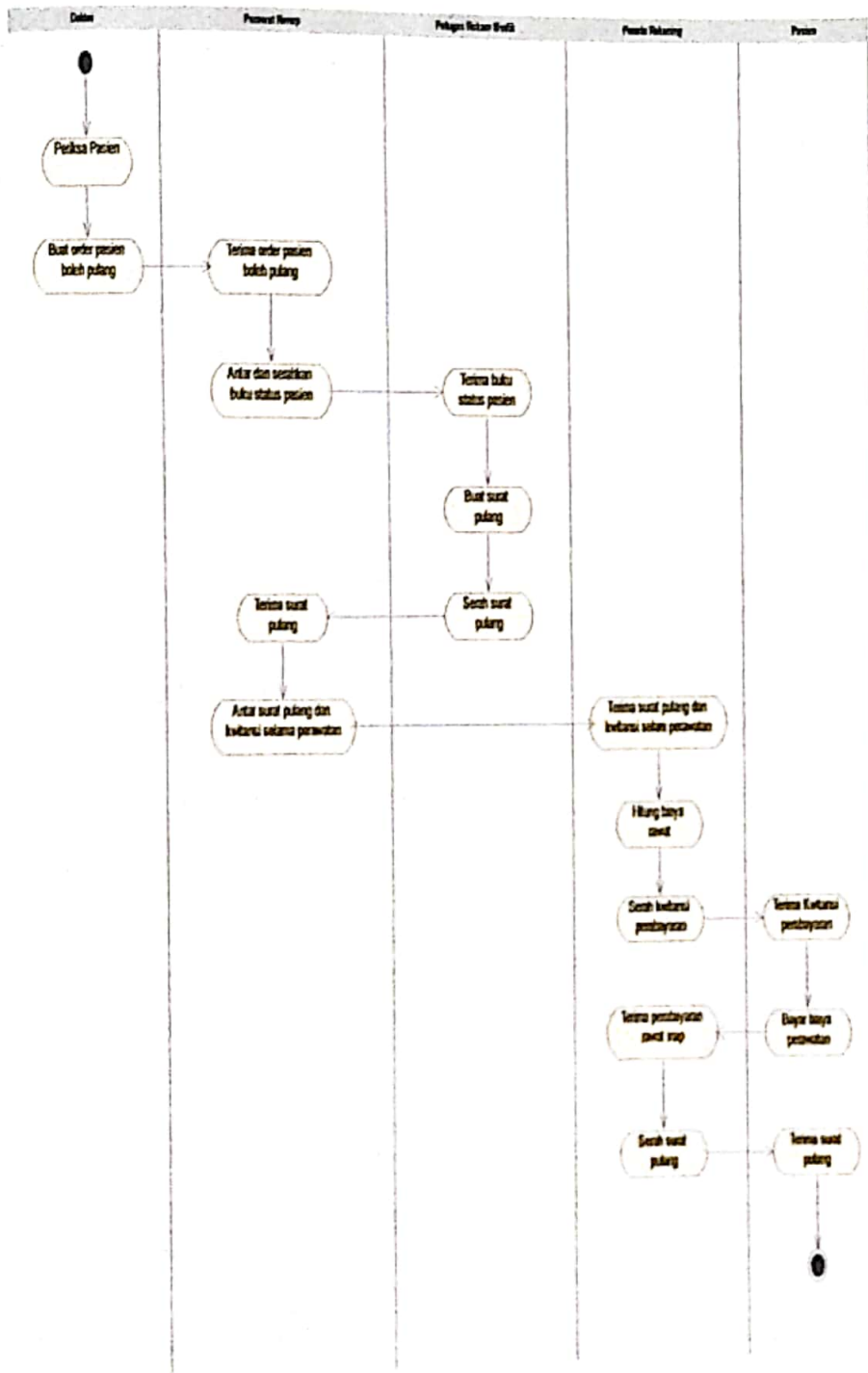
Gambar 4.9 Activity Diagram Rujukan

## 9) Proses Konsul



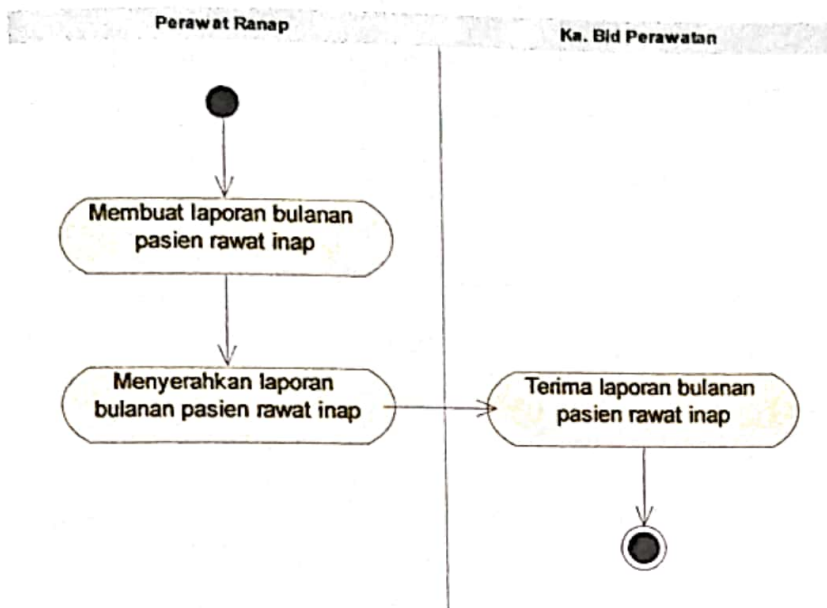
Gambar 4.10 Activity Diagram Konsul

## 10) Proses Pasien Pulang



Gambar 4.11 Activity Diagram Pasien Pulang

## 11) Proses Laporan Pasien Rawat Inap



**Gambar 4.12** Activity Diagram Laporan Pasien Rawat Inap

### 4.2.3 Analisa Dokumen

### 4.2.3. Analisa Keluaran

Analisa Keluaran merupakan analisa mengenai keluaran-keluaran yang dihasilkan melalui proses-proses yang ada dalam sistem berjalan. Adapun keluaran yang dihasilkan dari sistem informasi pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit jiwa sungailiat adalah:

1. Kwitansi Visite
2. Kwitansi Konsulen
3. Blangko pemeriksaan penunjang
4. Resep Obat Rawat Inap
5. Resep Pelayanan Poli / IGD
6. Surat Rujukan
7. Laporan pasien rawat inap

Bentuk-bentuk keluaran yang dihasilkan dari sistem berjalan dapat dirincikan sebagai berikut:

- 1) Nama keluaran : Kwitansi Visite  
 Fungsi : Untuk bukti tindakan visite  
 Media : Kertas  
 Distribusi : Arsip, Pasien  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap kali dilakukan tindakan visite  
 Volume : 200 / Minggu  
 Format : Lampiran A-1  
 Keterangan : Berisi data pasien, data dokter dan rincian biaya tindakan visite.  
 Hasil Analisa : Tidak ada masalah
- 2) Nama keluaran : Kwitansi Konsulen  
 Fungsi : Bukti tindakan visite konsulen  
 Media : Kertas  
 Distribusi : Arsip, Pasien  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap konsulen visite ruangan  
 Volume : 5 / Bulan  
 Format : Lampiran A-2  
 Keterangan : Berisi tentang data pasien, data Konsulen, dan biaya konsul.  
 Hasil Analisa : Tidak ada masalah
- 3) Nama keluaran : Blangko Pemeriksaan Penunjang  
 Fungsi : Permintaan pemeriksaan penunjang laboratorium, *stress analyzer*.  
 Media : Kertas  
 Distribusi : Petugas Laboratorium, ruangan rawat inap.  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap dilakukan pemeriksaan penunjang



- laboratorium, *stress analyzer*.
- Volume : 30 / bulan
- Format : Lampiran A-3
- Keterangan : Berisi data pasien dan data pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan.
- Hasil Analisa : Tidak ada masalah
- 4) Nama keluaran : Resep Obat Rawat Inap
- Fungsi : Tanda bukti tebusan obat
- Media : Kertas
- Distribusi : Petugas Apotik
- Rangkap : 1 (Satu)
- Frekuensi : Setiap visite dokter
- Volume : 200 / bulan
- Format : Lampiran A-4
- Keterangan : Berisi data pasien, data obat dan data dokter
- Hasil Analisa : Tidak ada masalah
- 5) Nama keluaran : Resep Pelayanan Poli / IGD
- Fungsi : Tanda bukti tebusan obat
- Media : Kertas
- Distribusi : Petugas Apotik
- Rangkap : 1 (Satu)
- Frekuensi : Setiap pemeriksaan pasien di poli / IGD
- Volume : 25 / bulan
- Format : Lampiran A-5
- Keterangan : Berisi data pasien, data obat dan data dokter
- Hasil Analisa : Tidak ada masalah

- 6) Nama keluaran : Surat Rujukan  
 Fungsi : Sebagai surat pengantar merujuk pasien ke RSU  
 Media : Kertas  
 Distribusi : Arsip, IGD Rumah Sakit Umum  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap merujuk pasien ke RS Umum  
 Volume : 2 / Tahun  
 Format : Lampiran A-6  
 Keterangan : Berisi data pasien, data pengobatan data dokter merawat, dan data RSU rujukan yang di tuju.  
 Hasil Analisa : Tidak ada masalah
- 7) Nama keluaran : Laporan Pasien Rawat Inap  
 Fungsi : Sebagai laporan bulanan untuk mengetahui grafik pasien yang rawat inap  
 Media : Kertas  
 Distribusi : Ka. Bid. Keperawatan, arsip ruangan rawat inap.  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap akhir bulan.  
 Volume : 1 / bulan  
 Format : Lampiran A-7  
 Keterangan : Berisi data jumlah pasien yang dirawat selama sebulan  
 Hasil Analisa : Tidak ada masalah

#### 4.2.4 Analisa Masukan

Analisa masukan adalah untuk mengetahui dokumen-dokumen apa saja yang digunakan sebagai masukan data pengolahan sistem pelayanan pasien pada sistem yang berjalan. Masukan yang digunakan pada sistem informasi rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Sungailiat adalah sebagai berikut:

1. Data Dokter
2. Jadwal Dokter Jaga
3. Data Obat
4. Data Konsulen
5. Data Pelayanan
6. Data Pasien
7. Data RS
8. Data Ruang rawat Inap
9. Data Klas
10. Data Askep
11. Data Pemeriksaan Penunjang
12. Form Pendaftaran pasien
13. Hasil pemeriksaan laboratorium
14. Data Visite
15. Data Pemeriksaan
16. Surat Perawatan
17. Kwitansi Resep Poli/Pelayanan
18. Kwitansi Obat Rawat Inap
19. Kwitansi Pemeriksaan Penunjang
20. Surat Pulang

Bentuk-bentuk masukan yang dihasilkan dari sistem berjalan dapat dirincikan sebagai berikut:

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Nama Masukan | : Data Dokter   |
| Sumber          | : Bagian Kepegawaian  |
| Fungsi          | : Sebagai informasi data-data dokter-dokter yang bekerja di RSJ |
| Media           | : Kertas  |
| Rangkap         | : 1 (Satu)  |
| Frekuensi       | : Setiap penerimaan pegawai dokter baru                         |

- Volume : 1 / Tahun  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data-data dokter  
 Hasil Analisa : Cukup baik.
- 2) Nama Masukan : Jadwal Dokter Jaga  
 Sumber : Bidang Pelayanan Medik  
 Fungsi : Untuk mengetahui jadwal dokter jaga di Rumah Sakit Jiwa Sungailiat.  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Jadwal dibuat setiap akhir bulan  
 Volume : 1 / bulan  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi jadwal jaga dokter  
 Hasil Analisa : Cukup baik
- 3) Nama Masukan : Data Obat  
 Sumber : Bagian Apotik  
 Fungsi : Data obat dan sediaan obat yang digunakan di RSJ  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 1 (satu)  
 Frekuensi : Setiap kali ada jenis obat baru yang masuk  
 Volume : Perminggu  
 Format : Lampiran B-2  
 Keterangan : Berisi jumlah, jenis dan harga obat  
 Hasil Analisa : Cukup baik
- 4) Nama Masukan : Data Konsulen  
 Sumber : Bagian Kepegawaian  
 Fungsi : Sebagai informasi data-data Pegawai konsulen

- yang bekerja di RSJ
- |               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| Media         | : Kertas                         |
| Rangkap       | : 1 (Satu)                       |
| Frekuensi     | : Setiap penerimaan pegawai baru |
| Volume        | : 1 / Tahun                      |
| Format        | : Lampiran B-1                   |
| Keterangan    | : Berisi data-data konsulen      |
| Hasil Analisa | : Cukup baik                     |
- 5) Nama Masukan : Data Pelayanan
- |               |   |
|---------------|---|
| Sumber        | : Bagian Pelayanan Medik                      |
| Fungsi        | : Sebagai informasi pelayanan yang ada di RSJ |
| Media         | : Kertas                                      |
| Rangkap       | : 1 (Satu)                                    |
| Frekuensi     | : Setiap penambahan pelayanan baru            |
| Volume        | : - / Tahun                                   |
| Format        | : Lampiran B-1                                |
| Keterangan    | : Berisi data jenis pelayanan                 |
| Hasil Analisa | : Tidak ada                                   |
- 6) Nama Masukan : Data Pasien
- |               |  |
|---------------|--|
| Sumber        | : Bagian Rekam Medik                                     |
| Fungsi        | : Sebagai informasi data-data pasien yang berobat di RSJ |
| Media         | : Kertas   |
| Rangkap       | : 1 (Satu)   |
| Frekuensi     | : Setiap penambahan pasien baru                          |
| Volume        | : 25 / Bulan   |
| Format        | : Lampiran B-1   |
| Keterangan    | : Berisi data lengkap pasien                             |
| Hasil Analisa | : Cukup baik   |

- 7) Nama Masukan : Data RS  
 Sumber : Bagian Pelayanan Medik  
 Fungsi : Sebagai informasi data-data RS Umum yang menjadi rujukan  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 1 (Satu)  
 Frekuensi : Setiap penambahan data Rumah Sakit baru untuk tujuan rujukan  
 Volume : 0 / Tahun  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data lengkap Rumah Sakit Umum  
 Hasil Analisa : Tidak ada
- 8) Nama Masukan : Data Ruang Rawat Inap  
 Sumber : Bagian Pelayanan Medik  
 Fungsi : Sebagai informasi data-data Ruang Rawat Inap yang ada di RSJ  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 1 (Satu)  
 Frekuensi : Setiap penambahan data ruang rawat inap  
 Volume : 0 / Tahun  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data ruang rawat inap  
 Hasil Analisa : Tidak ada
- 9) Nama Masukan : Data Klas  
 Sumber : Bagian Pelayanan Medik  
 Fungsi : Sebagai informasi data klas yang ada di RSJ  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 1 (Satu)  
 Frekuensi : Setiap penambahan data klas

Volume	: 0 / Tahun
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data klas
Hasil Analisa	: Tidak ada
10) Nama Masukan	: Data Askep
Sumber	: Bagian Pelayanan Keperawatan
Fungsi	: Sebagai informasi data asuhan keperawatan yang dilakukan di ruangan
Media	: Kertas
Rangkap	: 1 (Satu)
Frekuensi	: Setiap ada penambahan diagnosa keperawatan yang baru
Volume	: 1 / Tahun
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data diagnosa keperawatan
Hasil Analisa	: Cukup baik
11) Nama Masukan	: Data Pemeriksaan Penunjang
Sumber	: Bagian Penunjang Medik
Fungsi	: Sebagai informasi jenis pelayanan pemeriksaan penunjang yang ada di RSJ
Media	: Kertas
Rangkap	: 1 (Satu)
Frekuensi	: Setiap ada penambahan jenis pemeriksaan penunjang baru
Volume	: 0 / Tahun
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data pemeriksaan penunjang
Hasil Analisa	: Data pemeriksaan penunjang yang terdata hanya laboratorium

- 12) Nama Masukan : Form Pendaftaran Pasien
- Sumber : Bagian Rekam Medik
- Fungsi : Sebagai data pendaftaran pasien yang berobat
- Media : Kertas
- Rangkap : 1 (Satu)
- Frekuensi : Setiap pasien yang mendaftar berobat kemudian dirawat inap
- Volume : 1 / Hari
- Format : Lampiran B-1
- Keterangan : Berisi data pendaftaran pasien yang berobat kemudian dirawat inap
- Hasil Analisa : Cukup baik
- 
- 13) Nama Masukan : Data visite
- Sumber : Ruangan rawat inap
- Fungsi : Sebagai data visite dokter selama masa perawatan pasien
- Media : Kertas
- Rangkap : 1 (Satu)
- Frekuensi : Setiap dokter visitasi
- Volume : 200 / Minggu
- Format : Lampiran B-1
- Keterangan : Berisi data visite dokter
- Hasil Analisa : Cukup baik
- 
- 14) Nama Masukan : Data pemeriksaan
- Sumber : Dokter Ruangan
- Fungsi : Sebagai data hasil pemeriksaan dokter terhadap pasien.
- Media : Kertas
- Rangkap : 1 (Satu)



Frekuensi	: Setiap kali dokter melakukan pemeriksaan terhadap pasien
Volume	: 1 / Hari
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data hasil pemeriksaan Dokter terhadap pasien
Hasil Analisa	: Cukup baik
<b>15) Nama Masukan</b>	<b>: Surat Perawatan</b>
Sumber	: Bagian Rekam Medik
Fungsi	: Sebagai tanda bukti pasien di rawat inap
Media	: Kertas
Rangkap	: 2 (Dua)
Frekuensi	: Setiap pasien yang masuk rawat inap
Volume	: 1 / Hari
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data pasien yang di rawat
Hasil Analisa	: Cukup baik
<b>16) Nama Masukan</b>	<b>: Kwitansi Obat Rawat Inap</b>
Sumber	: Bagian Apotik
Fungsi	: Sebagai tanda bukti pembayaran obat
Media	: Kertas
Rangkap	: 2 (Dua)
Frekuensi	: Setiap resep obat yang di tebus
Volume	: 200 / Bulan
Format	: Lampiran B-1
Keterangan	: Berisi data pasien dan jumlah pembayaran
Hasil Analisa	: Cukup baik

- 17) Nama Masukan : Kwitansi Resep Poli/ Pelayanan  
 Sumber : Bagian Apotik  
 Fungsi : Sebagai tanda bukti pembayaran resep obat  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap resep obat yang di tebus  
 Volume : 1 / Hari  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data pasien dan jumlah pembayaran  
 Hasil Analisa : Cukup baik
- 18) Nama Masukan : Kwitansi Pemeriksaan Penunjang  
 Sumber : Bagian Pemeriksaan Penunjang  
 Fungsi : Sebagai tanda bukti pembayaran Pemeriksaan penunjang  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 2 (Dua)  
 Frekuensi : Setiap dilakukan pemeriksaan penunjang  
 Volume : 1 / Hari  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data pasien dan jumlah pembayaran  
 Hasil Analisa : Cukup baik
- 19) Nama Masukan : Surat Pulang  
 Sumber : Bagian Rekam Medik  
 Fungsi : Sebagai tanda bukti pasien diizinkan pulang  
 Media : Kertas  
 Rangkap : 3(Tiga)  
 Frekuensi : Setiap pasien pulang  
 Volume : 2 / Bulan  
 Format : Lampiran B-1  
 Keterangan : Berisi data pasien dan keterangan boleh pulang

Hasil Analisa : Cukup baik

#### 4.2.5 Identifikasi Kebutuhan

Berdasarkan hasil analisa dan uraian umum mengenai sistem yang sedang berjalan pada sistem informasi rawat inap di rumah sakit jiwa sungailiat, maka dapat diidentifikasi kekurangan yang ada, sehingga pada sistem mendatang membutuhkan:

1. Kebutuhan : Entry Dokter jaga  
Masalah : Data dokter jaga masih dalam bentuk manual  
Usulan : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat memanggil data dokter jaga agar lebih memudahkan dalam proses pengentrian data.
  
2. Kebutuhan : Entry Konsulen  
Masalah : Data konsulen belum terdata  
Usulan : Dibutuhkan system terkomputerisasi yang dapat memanggil data konsulen agar lebih memudahkan dalam proses pengentrian data
  
3. Kebutuhan : Entry Obat  
Masalah : Data obat masih dalam bentuk manual  
Usulan : Agar memudahkan pengentrian, data obat dalam bentuk komputerisasi perlu di data.
  
4. Kebutuhan : Entry Pelayanan  
Masalah : Belum ada data pelayanan  
Usulan : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat memanggil data konsulen agar memudahkan proses pengentrian

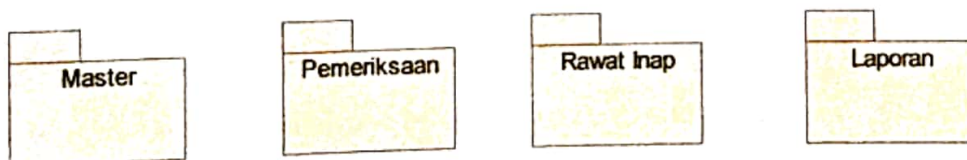
5. **Kebutuhan** : Entry Dx Perawatan  
**Masalah** : Belum tersedia data diagnosa keperawatan  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat memanggil data diagnosa keperawatan agar memudahkan proses pengentrian data.
6. **Kebutuhan** : Entry Klas  
**Masalah** : Data Klas belum ada  
**Usulan** : Dengan adanya data klas yang telah terkomputerisasi dapat mendukung dalam kemudahan pengentrian.
7. **Kebutuhan** : Entry PP  
**Masalah** : Data Pemeriksaan Penunjang belum tersedia  
**Usulan** : Untuk mendukung dalam kemudahan pengentrian dibutuhkan data pemeriksaan penunjang
8. **Kebutuhan** : Entry Rg. Ranap  
**Masalah** : Data ruang rawat inap masih dalam bentuk manual  
**Usulan** : Dibutuhkan data ruang rawat inap dalam bentuk berkas komputer dalam memudahkan pengentrian data.
9. **Kebutuhan** : Entry RS  
**Masalah** : Data Rumah Sakit belum tersedia  
**Usulan** : Dibutuhkan data Rumah Sakit sebagai data pendukung sistem terkomputerisasi.
10. **Kebutuhan** : Entry Pasien  
**Masalah** : Tidak ada masalah  
**Usulan** : Data Pasien di simpan dalam berkas terkomputerisasi

11. **Kebutuhan** : Entry Pendaftaran  
**Masalah** : Pendaftaran masih dalam bentuk manual, data terkadang tidak lengkap.  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat memanggil data pendaftaran agar memudahkan proses pengentrian.
12. **Kebutuhan** : Entry Pemeriksaan  
**Masalah** : Data pemeriksaan belum lengkap dan tidak terdokumentasi dengan baik.  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat mengentri dan menyimpan data dalam bentuk berkas komputer
13. **Kebutuhan** : Cetak Resep  
**Masalah** : Data cetak resep masih bentuk manual  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi yang dapat mengentri dan menyimpan data.
14. **Kebutuhan** : Cetak Kwitansi Obat  
**Masalah** : Data cetak kwitansi masih manual, sering hilang atau sobek  
**Usulan** : Cetak kwitansi dalam bentuk berkas komputer.
15. **Kebutuhan** : Cetak Surat Perawatan  
**Masalah** : Data surat perawatan masih bentuk kertas, sering sobek  
**Usulan** : Cetak surat perawatan dalam bentuk berkas komputer.
16. **Kebutuhan** : Cetak Surat PP  
**Masalah** : Data surat pemeriksaan penunjang masih dalam bentuk manual

- Usulan : Cetak data pemeriksaan penunjang dalam bentuk berkas komputer.
17. **Kebutuhan** : Cetak Kwitansi PP  
**Masalah** : Kwitansi pemeriksaan penunjang masih bentuk manual  
**Usulan** : Cetak kwitansi pemeriksaan dalam bentuk berkas komputer.
18. **Kebutuhan** : Entry Visite  
**Masalah** : Dokumentasi visite masih manual, pemborosan kertas  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi agar dokumentasi dan penyimpanan data visite lebih efektif dan efisien.
19. **Kebutuhan** : Entry Askep  
**Masalah** : Dokumentasi asuhan keperawatan masih manual, pemborosan kertas  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem terkomputerisasi agar dokumentasi dan penyimpanan data asuhan keperawatan lebih efektif dan efisien.
20. **Kebutuhan** : Cetak Rujukan  
**Masalah** : Berkas rujukan masih dalam bentuk manual  
**Usulan** : Dengan sistem yang terkomputerisasi dokumentasi dan penyimpanan data rujukan lebih efektif dan efisien.
21. **Kebutuhan** : Entry Konsulen  
**Masalah** : Berkas Konsulen masih dalam bentuk manual  
**Usulan** : Dibutuhkan sistem yang terkomputerisasi agar pendokumentasian dan penyimpanan data lebih efektif dan efisien.

22. **Kebutuhan** : Cetak Kwitansi Visite  
**Masalah** : Kwitansi Visite masih dalam bentuk berkas manual, mudah sobek  
**Usulan** : Cetak kwitansi visite dalam bentuk berkas komputer.
23. **Kebutuhan** : Cetak Surat Pulang  
**Masalah** : Surat pulang masih dalam bentuk berkas manual  
**Usulan** : Cetak surat pulang dalam bentuk berkas computer
24. **Kebutuhan** : Cetak Resep RI  
**Masalah** : Resep rawat inap masih bentuk manual  
**Usulan** : Cetak resep rawat inap dalam bentuk berkas komputer.
25. **Kebutuhan** : Cetak Kwitansi Resep RI  
**Masalah** : Kwitansi rawat inap masih bentuk manual  
**Usulan** : Cetak kwitansi resep rawat inap dalam bentuk berkas komputer
26. **Kebutuhan** : Cetak Laporan Pasien RI  
**Masalah** : Laporan pasien rawat inap masih dalam bentuk manual  
**Usulan** : Cetak laporan pasien rawat inap dalam bentuk berkas komputer.

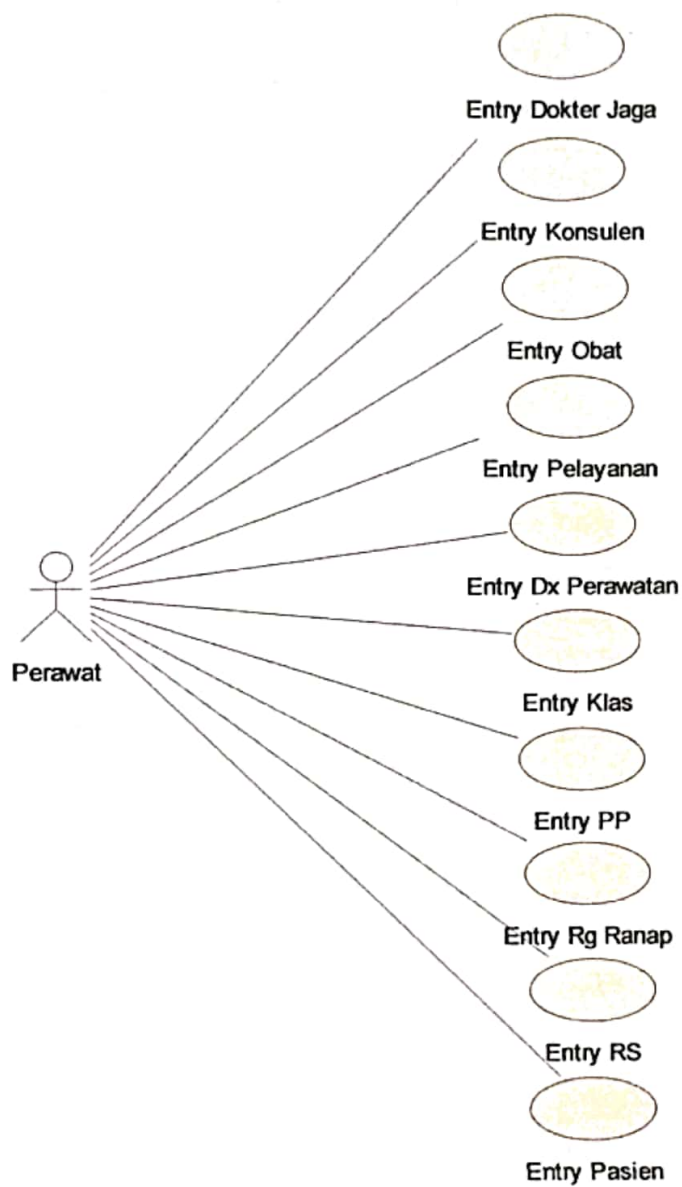
#### 4.2.6 *Package Diagram Sistem Usulan*



Gambar 4.13 *Package Diagram Sistem Usulan*

## 4.2.7 Use Case Diagram

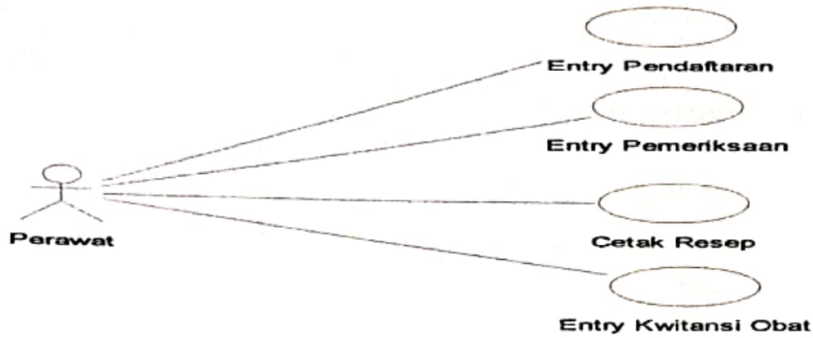
### 4.2.7.1 Use Case Diagram Master



Gambar 4.14 Use Case Diagram Master

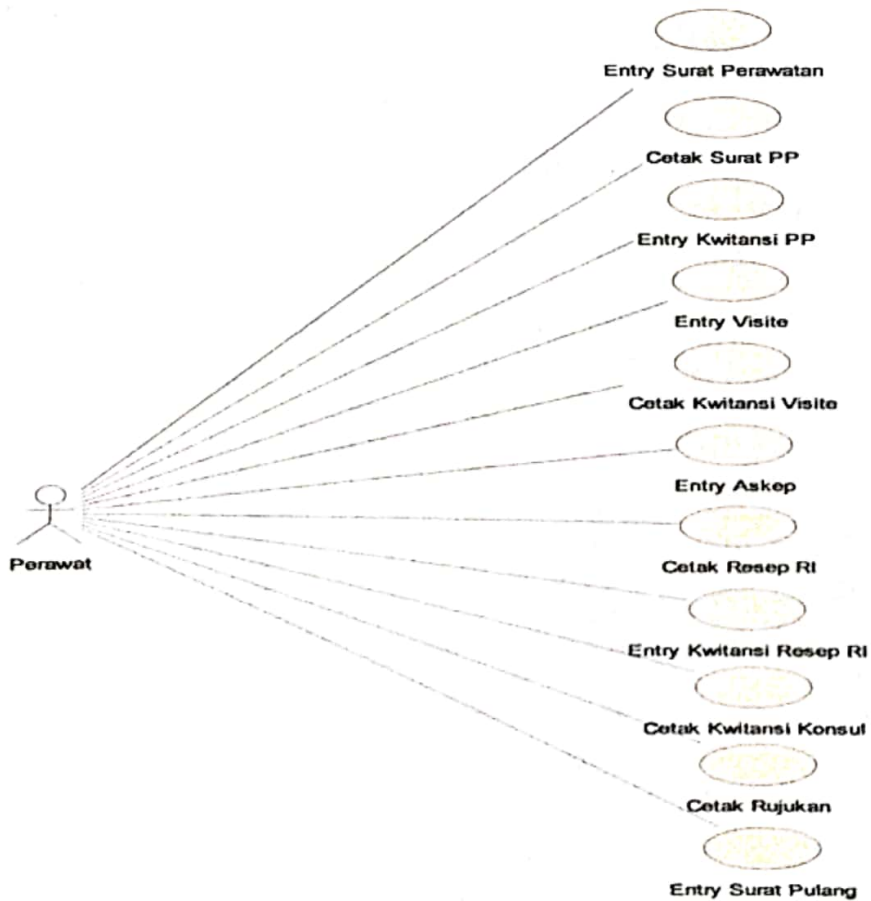


#### 4.2.7.2 Use Case Diagram Pemeriksaan Pasien



Gambar 4.15 Use Case Diagram Pemeriksaan Pasien

#### 4.2.7.3 Use Case Diagram Rawat Inap



Gambar 4.16 Use Case Diagram Rawat Inap

#### 4.2.7.4 Use Case Diagram Laporan Pasien Rawat Inap



Gambar 4.17 Use Case Diagram Laporan Pasien Rawat Inap

#### 4.2.8 Deskripsi Use Case

##### 4.2.8.1 Deskripsi Use Case Master

a. Nama Use Case : Entry Dokter Jaga

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
- 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
- 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Dokter Jaga
- 4) Perawat menginput data Dokter Jaga (nomor Id Dokter, Nama Dokter, NIP, Jabatan, Alamat, Nomor Hp, dll).
- 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Dokter Jaga akan tampil pada tabel listview Dokter Jaga.
- 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Dokter Jaga pada tabel listview Dokter Jaga maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
- 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Dokter Jaga pada tabel listview Dokter Jaga maka data – datanya akan muncul. kemudian

tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.

- 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 9) Jika telah selesai maka pilih keluar.

b. Nama *Use Case* : Entry Konsulen

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
- 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
- 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Konsulen
- 4) Perawat menginput data Konsulen (nomor Id Konsulen, Nama Konsulen, NIP, Jabatan, Alamat, Nomor Hp).
- 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Konsulen akan tampil pada tabel listview Konsulen.
- 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Konsulen pada tabel listview Konsulen maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
- 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Konsulen pada tabel listview Konsulen maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
- 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- c. Nama *Use Case* : Entry Obat  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Obat
  - 4) Perawat menginput data Obat (Kode Obat, Nama Obat, Jenis Obat, Harga Satuan).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Obat akan tampil pada tabel listview Obat.
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Obat pada tabel listview Obat maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Obat pada tabel listview Obat maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- d. Nama *Use Case* : Entry Pelayanan
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Pelayanan
  - 4) Perawat menginput data Pelayanan (Kode Pelayanan, Nama Pelayanan).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Pelayanan akan tampil pada tabel listview Pelayanan
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Pelayanan pada tabel listview Pelayanan maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Pelayanan pada tabel listview Pelayanan maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- c. Nama *Use Case* : Entry Dx Perawatan
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Dx Perawatan
  - 4) Perawat menginput data Dx Perawatan (Kode Diagnosa Perawatan, Nama Diagnosa, Intervensi Perawatan).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Diagnosa Perawatan akan tampil pada tabel listview Diagnosa Perawatan
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Diagnosa Perawatan pada tabel listview Diagnosa Perawatan maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Diagnosa Perawatan pada tabel listview Diagnosa Perawatan maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- f. Nama *Use Case* : Entry Klas  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Klas
  - 4) Perawat menginput data Klas (Kode Klas, Nama Klas, harga Klas).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Perawat akan tampil pada tabel listview Klas
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Klas pada tabel listview Klas maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Klas pada tabel listview Klas maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- g. Nama *Use Case* : Entry PP
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry PP
  - 4) Perawat menginput data PP (Kode Pemeriksaan Penunjang, Nama Pemeriksaan Penunjang, Jasa Layanan Pemeriksaan Penunjang).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data PP akan tampil pada tabel listview PP.
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data PP pada tabel listview PP maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data PP pada tabel listview PP maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar



- h. Nama *Use Case* : Entry Rg. Ranap  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Rg. Ranap
  - 4) Perawat menginput data Rg. Ranap (Kode Rg. Ranap, Nama Rg. Ranap, Jumlah Tempat Tidur).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Rg. Ranap akan tampil pada tabel listview Rg. Ranap
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Rg. Ranap pada tabel listview Rg. Ranap maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Rg. Ranap pada tabel listview Rg. Ranap maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- i. Nama *Use Case* : Entry RS
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry RS
  - 4) Perawat menginput data RS (Kode RS, Nama RS, Alamat, Kabupaten/Kota).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data RS akan tampil pada tabel listview RS
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data RS pada tabel listview RS maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data RS pada tabel listview RS maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

- j. Nama *Use Case* : Entry Pasien  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Master
  - 3) Kemudian Perawat membuka form Entry Pasien
  - 4) Perawat menginput data Pasien (Nomor Rekam Medik Pasien, Nama Pasien, Jenis Kelamin, Tempat tanggal lahir, Alamat, Nama Keluarga).
  - 5) Jika semua data telah diisi, maka Perawat menekan tombol simpan, lalu data Pasien akan tampil pada tabel listview Pasien
  - 6) Jika Perawat ingin mengubah data, pilih Data Pasien pada tabel listview Pasien maka data – datanya akan muncul. Input data yang ingin diubah kemudian tekan tombol ubah.
  - 7) Jika Perawat ingin menghapus data, pilih Data Pasien pada tabel listview Pasien maka data – datanya akan muncul. kemudian tekan tombol hapus secara otomatis data terhapus.
  - 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 9) Jika telah selesai maka pilih keluar

## 2 Deskripsi Use Case Pemeriksaan

- a. Nama *Use Case* : Entry Pendaftaran  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.
  - 2) Perawat membuka Form Sub Menu Pemeriksaan
  - 3) Perawat membuka Form Sub Menu Pemeriksaan Pasien
  - 4) Perawat buka Form Entry Pendaftaran
  - 5) Perawat klik nomor daftar dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 6) Perawat pilih Nomor Rekam Medik Pasien, maka data pasien akan tampil.
  - 7) Perawat pilih Kode pelayanan, maka data pelayanan pun tampil.
  - 8) Jika semua data telah terisi, maka perawat menekan tombol simpan, maka data secara otomatis akan tersimpan ke dalam database dan bisa melanjutkan proses selanjutnya.
  - 9) Jika ingin keluar dari Form Pendaftaran, maka pilih tombol keluar.

- b. Nama *Use Case* : Entry Pemeriksaan  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat membuka Form Menu Utama untuk memulai kegiatan.

- 2) Perawat membuka Form Sub Menu Pemeriksaan
- 3) Perawat buka Form Entry Pemeriksaan
- 4) Perawat pilih No Daftar, Id Dokter, dan Id Pelayanan maka data Pelayanan, data Pasien dan data Dokter Jaga tampil
- 5) Perawat input nomor periksa dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 6) Perawat input Tensi Darah, Anamnesa / Therapy dokter dan Diagnosa
- 7) Jika semua data telah terisi, maka perawat menekan tombol simpan, maka data secara otomatis akan tersimpan ke dalam database dan bisa melanjutkan proses selanjutnya.
- 8) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 9) Jika ingin keluar dari Form Pemeriksaan, maka pilih tombol keluar.

c. Nama *Use Case* : Cetak Resep

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat buka Form Cetak Resep
- 2) Perawat input nomor resep dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih Kode Periksa, maka data periksa akan tampil.
- 4) Jika semua data telah terisi, maka perawat menekan tombol simpan, maka data secara otomatis akan tersimpan ke

dalam database dan bisa melanjutkan proses selanjutnya.

- 5) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 6) Jika ingin keluar dari Form Cetak Resep, maka pilih tombol keluar.

d. Nama *Use Case* : Entry Kwitansi Resep

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat buka Form Entry Kwitansi Resep
- 2) Perawat input nomor kwitansi resep dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih Nomor Resep, maka data resep akan tampil.
- 4) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak Kwitansi dan secara otomatis Kwitansi akan tersimpan ke dalam database dan tercetak untuk diberikan kepada pasien sebagai bukti pembayaran resep obat.
- 5) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 6) Jika ingin keluar dari Form Cetak Kwitansi Resep, maka pilih tombol exit.

#### 4.2.8.3 Deskripsi Use Case Rawat Inap

- a. Nama Use Case : Entry Surat Perawatan  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Entry Surat Perawatan
  - 2) Perawat input nomor surat perawatan dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 3) Perawat input jam masuk perawatan pasien, dan dokter merawat.
  - 4) Perawat pilih Kode Periksa, maka data pemeriksaan akan tampil.
  - 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat menekan tombol simpan, maka otomatis Surat Perawatan akan tersimpan ke dalam database.
  - 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 7) Jika ingin keluar dari Form Entry Surat Perawatan, maka pilih tombol keluar.

- b. Nama Use Case : Entry Askep  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Entry Askep
  - 2) Perawat pilih No surat perawatan, maka data surat perawatan akan tampil.
  - 3) Perawat pilih Id perawat, maka data perawat akan tampil.

- 4) Perawat pilih Kode Diagnosa perawatan, maka data diagnose perawatan akan tampil.
- 5) Perawat input tanggal askep, shift dan tindakan kategori.
- 6) Jika semua data telah terisi, maka perawat menekan tombol simpan, maka data secara otomatis akan tersimpan ke dalam database dan bisa melanjutkan proses selanjutnya.
- 7) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 8) Jika ingin keluar dari Form Askep, maka pilih tombol keluar.

- c. Nama *Use Case* : Cetak Surat PP
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Cetak Surat PP
  - 2) Perawat input nomor cetak Surat PP dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 3) Perawat pilih No surat Perawatan, maka data Pasien, data Ruangan, data Klas akan tampil.
  - 4) Perawat Pilih Kode Pemeriksaan Penunjang, maka data pemeriksaan penunjang akan tampil.
  - 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak Surat PP dan secara otomatis Surat PP akan tersimpan ke dalam database



dan tercetak untuk diberikan kepada Bagian Pemeriksaan Penunjang sebagai bukti surat Pemeriksaan Penunjang.

- 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 7) Jika ingin keluar dari Form Cetak Surat PP, maka pilih tombol keluar.

- d. Nama *Use Case* : Entry Kwitansi PP  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Entry Kwitansi PP
  - 2) Perawat input nomor kwitansi PP dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 3) Perawat pilih Nomor Surat PP, maka data surat PP akan tampil.
  - 4) Perawat input jumlah pembayaran Pemeriksaan Penunjang
  - 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat tekan tombol dan secara otomatis akan tersimpan ke dalam database.
  - 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 7) Jika ingin keluar dari Form Entry Kwitansi PP, maka pilih tombol keluar.

- e. Nama *Use Case* : Entry Visite  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Entry Visite

- 2) Perawat input No Visite dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih No Surat Perawatan, maka data surat perawatan akan tampil.
- 4) Perawat Input Id Konsulen, maka data konsulen akan tampil
- 5) Jika semua data telah terisi, maka perawat menekan tombol simpan, maka data secara otomatis akan tersimpan ke dalam database dan bisa melanjutkan proses selanjutnya.
- 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 7) Jika ingin keluar dari Form Visite, maka pilih tombol keluar.

f. Nama *Use Case* : Cetak Kwitansi Visite

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat buka Form Cetak Kwitansi Visite
- 2) Perawat input nomor kwitansi Visite dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih Nomor Visite, maka data visite akan tampil.
- 4) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak kwitansi dan secara otomatis Kwitansi akan tersimpan ke dalam database dan tercetak untuk diberikan

kepada pasien sebagai bukti pembayaran visite.

- 5) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 6) Jika ingin keluar dari Form Cetak Kwitansi visite, maka pilih tombol keluar.

g. Nama *Use Case* : Cetak Rujukan

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat buka Form Cetak Rujukan
- 2) Perawat input nomor Rujukan dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih Kode Rumah Sakit dan nomor visite maka data Rumah Sakit dan visite akan tampil.
- 4) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak Rujukan dan secara otomatis Rujukan akan tersimpan ke dalam database dan tercetak untuk diberikan kepada Rumah Sakit Rujukan sebagai bukti rujukan.
- 5) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 6) Jika ingin keluar dari Form Cetak Rujukan, maka pilih tombol keluar.

- h. Nama *Use Case* : Cetak Kwitansi Konsul  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Cetak Kwitansi Konsul
  - 2) Perawat input nomor kwitansi konsul dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 3) Perawat pilih Id Konsulen, maka data Id Konsulen akan tampil.
  - 4) Perawat pilih no visite, maka akan tampil data visite.
  - 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak kwitansi konsul dan secara otomatis kwitansi konsul akan tersimpan ke dalam database dan tercetak untuk diberikan kepada pasien sebagai bukti pembayaran konsul pasien.
  - 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
  - 7) Jika ingin keluar dari Form Cetak Kwitansi Konsul, maka pilih tombol keluar.

- i. Nama *Use Case* : Cetak Resep RI  
Aktor : Perawat  
Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Cetak Resep RI
  - 2) Perawat input nomor resep RI dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.

- 3) Perawat pilih Nomor Visite, maka data visite akan tampil.
- 4) Perawat Pilih Id Obat, maka data obat akan tampil.
- 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat cetak resep RI dan secara otomatis resep RI akan tersimpan ke dalam database dan tercetak untuk diberikan kepada Bagian Apotik sebagai bukti resep pasien.
- 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 7) Jika ingin keluar dari Form Cetak Resep RI, maka pilih tombol keluar.

- j. Nama *Use Case* : Entry Kwitansi Resep RI
- Aktor : Perawat
- Deskripsi :
- 1) Perawat buka Form Entry Kwitansi Resep RI
  - 2) Perawat input nomor kwitansi resep RI dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
  - 3) Perawat pilih Nomor Resep RI, maka data resep RI akan tampil.
  - 4) Perawat input jumlah pembayaran.
  - 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat tekan tombol simpan, maka secara otomatis kwitansi resep RI akan tersimpan ke dalam database.

- 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 7) Jika ingin keluar dari Form Entry Kwitansi Resep RI, maka pilih tombol keluar.

k. Nama *Use Case* : Entry Surat Pulang

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat buka Form Entry Surat Pulang
- 2) Perawat input nomor surat pulang dan tanggal yang akan tampil secara otomatis.
- 3) Perawat pilih Nomor Visite, maka data visite akan tampil.
- 4) Perawat input kondisi pasien pulang.
- 5) Jika telah selesai di isi, maka Perawat tekan tombol simpan, maka secara otomatis surat pulang akan tersimpan ke dalam database.
- 6) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 7) Jika ingin keluar dari Form Entry surat pulang, maka pilih tombol exit.

#### 4.2.8.4 Deskripsi *Use Case* Laporan

a. Nama *Use Case* : Cetak Laporan Pasien RI

Aktor : Perawat

Deskripsi :

- 1) Perawat membuka form Cetak Laporan Pasien RI.

- 2) Perawat mencetak Laporan Laporan Pasien RI.
- 3) Perawat pilih periode bulan laporan Pasien RI serta pilih tanggal awal periode dan tanggal akhir periode laporan yang ingin dicetak.
- 4) Jika Perawat ingin mencetak Laporan Pasien RI, maka tekan tombol cetak.
- 5) Jika proses ingin dibatalkan, maka tekan tombol batal.
- 6) Jika ingin keluar dari form Cetak Laporan Pasien RI, maka tekan tombol keluar.

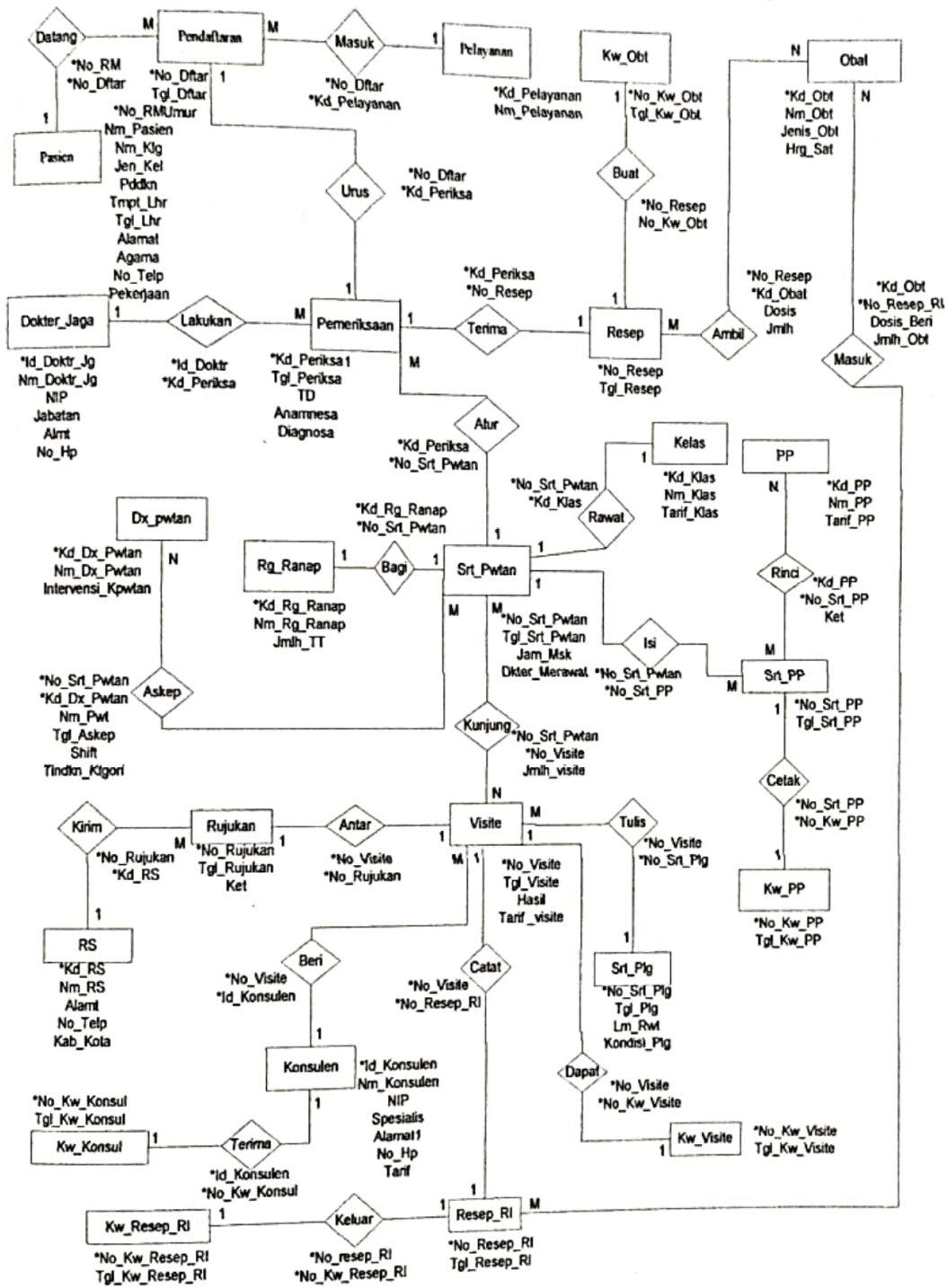
#### **4.3. Perancangan Sistem Berorientasi Objek**

Rancangan sistem merupakan rancangan sistem pada sistem yang ada di RS Jiwa Daerah Kepulauan Bangka Belitung. Rancangan Sistem antara lain Rancangan Basis Data, dan Rancangan Antar Muka

##### **4.3.1 Rancangan Basis Data**

Berikut Rancangan sistem Basis Data yang berdasarkan sistem yang ada di RS Jiwa Daerah Kepulauan Bangka Belitung:

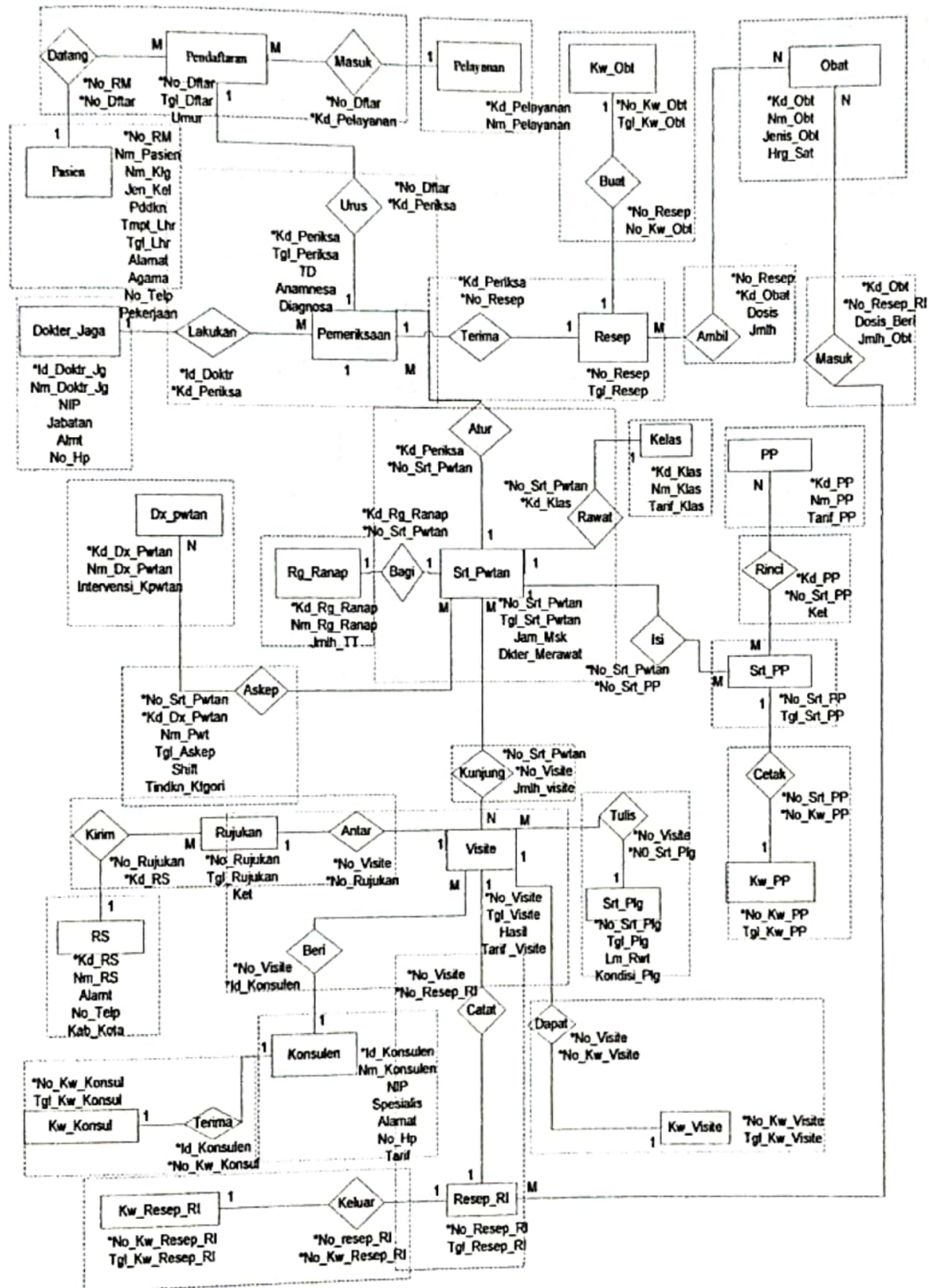
### 4.3.1.1 ERD (Entity Relationship Diagram)



Gambar 4.18 ERD (Entity Relationship Diagram)

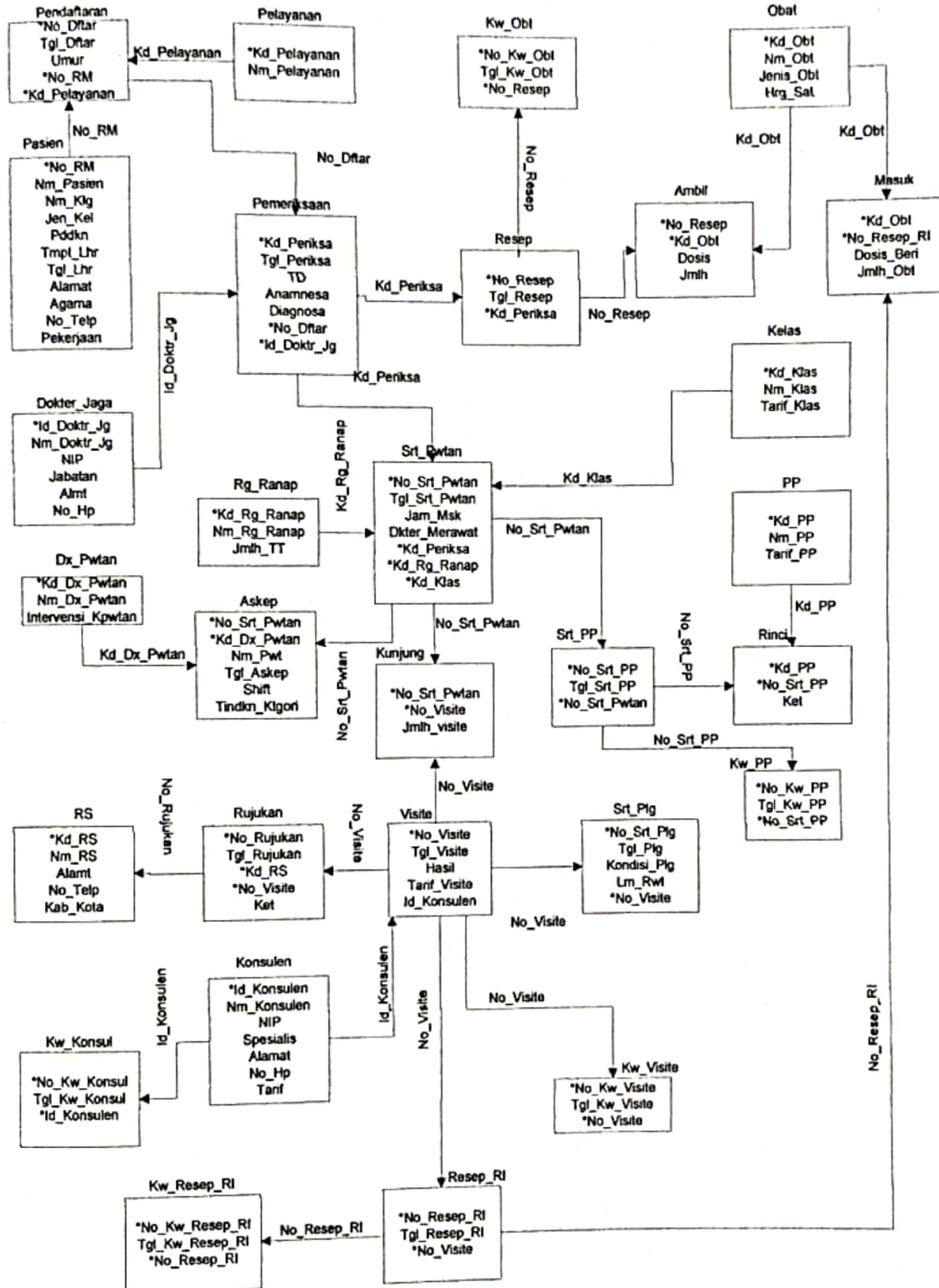


### 4.3.1.2 TRANSFORMASI ERD KE LRS



Gambar 4.19 Transformasi ERD ke LRS

### 4.3.1.3 LRS (Logical Record Structure)



Gambar 4.20 LRS (Logical Record Structure)

#### 4.3.1.4 Transformasi LRS ke Tabel

##### 1) Tabel Pasien

No_RM	Nm_Pasien	Nm_Klg	Jen_Kel	Pddkn	Tmpt_Lhr
PK					

Tgl_Lhr	Alamat	Agama	No_Telp	Pekerjaan

Tabel 4.1 Tabel Pasien

##### 2) Tabel Pendaftaran

No_Dftar	Tgl_Dftar	Umur	No_RM	Kd_Pelayanan
PK			FK	FK

Tabel 4.2 Tabel Pendaftaran

##### 3) Tabel Pelayanan

Kd_Pelayanan	Nm_Pelayanan
PK	

Tabel 4.3 Tabel Pelayanan

##### 4) Tabel Pemeriksaan

Kd_Periksa	Tgl_Periksa	TD	Anamnesa	Diagnosa
PK				

No_Daftar	Id_Doktr
FK	FK

Tabel 4.4 Tabel Pemeriksaan

##### 5) Tabel Dokter\_Jaga

Id_Doktr_Jg	Nm_Doktr_Jg	NIP	Jabatan	Almt	No_Hp
PK					

Tabel 4.5 Tabel Dokter\_Jaga

6) **Tabel Resep**

No_Resep	Tgl_Resep	Kd_Periksa
PK		FK

**Tabel 4.6** Tabel Resep

7) **Tabel Kw\_Obat**

No_Kw_Obt	Tgl_Kw_Obt	No_Resep
PK		FK

**Tabel 4.7** Tabel Kw\_Obat

8) **Tabel Ambil**

No_Resep	Kd_Obt	Dosis	Jmlh
FK	FK		
PK			

**Tabel 4.8** Tabel Ambil

9) **Tabel Obat**

Kd_Obt	Nm_Obt	Jenis_Obt	Hrg_Sat
PK			

**Tabel 4.9** Tabel Obat

10) **Tabel Srt\_Pwtan**

No_Srt_Pwtan	Tgl_Srt_Pwtan	Jam_Msk	Dkter_Merawat	Kd_Periksa
PK				FK

Kd_Rg_Ranap	Kd_Klas
FK	FK

**Tabel 4.10** Tabel Srt\_Pwtan

11) **Tabel Rg\_Ranap**

Kd_Rg_Ranap	Nm_Rg_Ranap	Jmlh_TT
PK		

**Tabel 4.11** Tabel Rg\_Ranap

12) **Tabel Dx\_Pwtan**

Kd_Dx_Pwtan	Nm_Dx_Pwtan	Intervensi_Kpwatan
PK		

**Tabel 4.12** Tabel Dx\_Pwtan

13) **Tabel Askep**

Kd_Dx_Pwtan	No_Srt_Pwtan	Tgl_Askep	Shift
FK	FK		
PK			

Perawat_Jg	Tindkn_Ktgori

**Tabel 4.13** Tabel Askep

14) **Tabel Klas**

Kd_Klas	Nm_Klas	Tarif_Klas
PK		

**Tabel 4.14** Tabel Klas

15) **Tabel Srt\_PP**

No_Srt_PP	Tgl_Srt_PP	No_Srt_Pwtan
PK		FK

**Tabel 4.15** Tabel Srt\_PP

16) **Tabel Rinci**

Kd_PP	No_Srt_PP	Ket
FK	FK	
PK		

**Tabel 4.16** Tabel Rinci

17) **Tabel PP**

Kd_PP	Nm_PP	Tarif_PP
PK		

**Tabel 4.17** Tabel PP

18) **Tabel Kw\_PP**

No_Kw_PP	Tgl_Kw_PP	No_Srt_PP
PK		FK

**Tabel 4.18** Tabel Kw\_PP

19) **Tabel Kunjung**

No_Srt_Pwtan	No_Visite	Jmlh_Visite
FK	FK	
PK		

**Tabel 4.19** Tabel Kunjung

20) **Tabel Visite**

No_Visite	Tgl_Visite	Hasil	Tarif_Visite	Id_Konsulen
PK				FK

**Tabel 4.20** Tabel Visite

21) **Tabel Rujukan**

No_Rujukan	Tgl_Rujukan	Ket	Kd_RS	No_Visite
PK			FK	FK

**Tabel 4. 21** Tabel Rujukan

22) **Tabel RS**

Kd_RS	Nm_RS	Alamat	No_Telp	Kab_Kota
PK				

**Tabel 4.22** Tabel RS

23) **Tabel Konsulen**

Id_Konsulen	Nm_Konsulen	NIP	Spesialis	Alamat	No_Hp	Tarif
PK						

**Tabel 4.23** Tabel Konsulen

24) **Tabel Srt\_Plg**

No_Srt_Plg	Tgl_Plg	Lm_Rawat	Kondisi_Plg	No_Visite
PK				FK

**Tabel 4.24** Tabel Srt\_Plg

25) **Tabel Kw\_Visite**

No_Kw_Visite	Tgl_Kw_Visite	No_Visite
PK		FK

**Tabel 4.25** Tabel Kw\_Visite

26) **Tabel Resep\_RI**

No_Resep_RI	Tgl_Resep_RI	No_Visite
PK		FK

**Tabel 4.26** Tabel Resep\_RI

27) **Tabel Kw\_Resep\_RI**

No_Kw_Resep_RI	Tgl_Kw_Resep_RI	No_Resep_RI
PK		FK

**Tabel 4.27** Tabel Kw\_Resep\_RI

28) **Tabel Masuk**

Kd_Obt	No_Resep_RI	Dosis_Beri	Jmlh_Obt
FK	FK		
PK			

**Tabel 4.28** Tabel Masuk

**4.3.1.5 Spesifikasi Basis Data**

- a. Nama File : **Pasien**
- Media : *Harddisk*
- Isi : Informasi tentang Data Pasien
- Organisasi : *Index Sequential*
- Primary Key : No\_RM
- Panjang Record : 185 byte
- Jumlah Record : 11900 record
- Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_RM	Number	6	-	Nomor rekam medik

2	Nm_Pasien	Text	50	-	Nama pasien
3	Nm_Klg	Text	20	-	Nama keluarga
4	Jen_Kel	Text	9	-	Jenis kelamin
5	Pddkn	Text	3	-	Pendidikan terakhir
6	Tmpt_Lhr	Text	20	-	Tempat lahir
7	Tgl_Lhr	Date	10	-	Tanggal, bulan tahun lahir
8	Alamat	Text	30	-	Alamat
9	Agama	Text	15	-	Agama
10	No_Telp	Number	12	-	Nomor telepon
11	Pekerjaan	Text	10	-	Pekerjaan

- b. Nama File : **Pendaftaran**  
Media : *Harddisk*  
Isi : Informasi tentang data pendaftaran pasien  
Organisasi : *Index Sequential*  
Primary Key : No\_Daftar  
Panjang Record : 22 byte  
Jumlah Record : 2190 record  
Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Dftar	Number	4	-	Nomor pendaftaran
2	Tgl_Dftar	Date	10	-	Tanggal mendaftar
3	Umur	Char	6	-	Umur
3	No_RM	Number	6	-	Nomor rekam medik
4	Kd_Pelayanan	Number	2	-	Kode Pelayanan

- c. Nama File : **Pelayanan**  
Media : *Harddisk*  
Isi : Informasi tentang data pelayanan



Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Pelayanan  
 Panjang Record : 12 byte  
 Jumlah Record : 2 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Pelayanan	Number	2	-	Kode pelayanan
2	Nm_Pelayanan	Text	10	-	Nama pelayanan

d. Nama File : **Pemeriksaan**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data pemeriksaan pasien  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Periksa  
 Panjang Record : 300 byte  
 Jumlah Record : 2190 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Periksa	Char	4	-	Kode pemeriksaan
2	Tgl_Periksa	Date	10	-	Tanggal pemeriksaan
3	TD	Char	5	-	Tensi darah
4	Anamnesa	Text	250	-	Anamnesa
5	Diagnosa	Text	20	-	Diagnosa penyakit
6	No_Dftar	Number	2	-	Nomor pendaftaran
7	Id_Doktr_Jg	Char	4	-	Id dokter jaga

- e. Nama File : **Dokter\_Jaga**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data Dokter  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : **Id\_Doktr\_Jg**  
 Panjang Record : *127 byte*  
 Jumlah Record : *16 record*  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Id_Doktr_Jg	Char	4	-	Id dokter jaga
2	Nm_Doktr_Jg	Text	35	-	Nama dokter jaga
3	NIP	Number	18	-	Nomor Induk Pegawai
4	Jabatan	Text	20	-	Jabatan
5	Almt	String	50	-	Alamat
6	No_Hp	Number	12	-	Nomor handphone

- f. Nama File : **Resep**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang resep obat  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : **No\_Resep**  
 Panjang Record : *17 byte*  
 Jumlah Record : *900 record*  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Resep	Number	3	-	Nomor resep
2	Tgl_Resep	Date	10	-	Tanggal resep
3	Kd_Periksa	Char	4	-	Kode pemeriksaan

- g.
- Nama File : **Kw\_Obt**
  - Media : *Harddisk*
  - Isi : Informasi tentang resep obat
  - Organisasi : *Index Sequential*
  - Primary Key : **No\_Resep**
  - Panjang Record : *16 byte*
  - Jumlah Record : *900 record*
  - Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Kw_Obt	Number	3	-	Nomor kwitansi obat
2	Tgl_Kw_Obt	Date	10	-	Tanggal kwitansi obat
3	No_Resep	Number	3	-	Nomor resep

- h.
- Nama File : **Ambil**
  - Media : *Harddisk*
  - Isi : Informasi tentang detil resep obat
  - Organisasi : *Index Sequential*
  - Primary Key : **No\_Resep, Kd\_Obat**
  - Panjang Record : *11 byte*
  - Jumlah Record : *360000 record*
  - Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Resep	Number	3	-	Nomor resep
2	Kd_Obat	Char	3	-	Kode obat
3	Dosis	Char	3	-	Dosis yang diberikan
4	Jmlh	Number	2	-	Jumlah obat

- i. Nama File : **Obat**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data obat  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Obat  
 Panjang Record : 44 byte  
 Jumlah Record : 400 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Obt	Char	3	-	Kode obat
2	Nm_Obt	Char	20	-	Nama obat
3	Jenis_Obt	String	15	-	Jenis obat
4	Hrg_Sat	Currency	6	-	Harga Satuan Obat

- j. Nama File : **Srt\_Pwtan**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data obat  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Srt\_Pwtan  
 Panjang Record : 64 byte  
 Jumlah Record : 2190 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Srt_Pwtan	Number	4	-	No surat perawatan
2	Tgl_Srt_Pwtan	Date	10	-	Tanggalsurat perawatan
3	Jam_Msk	Time	8	-	Jam masuk
4	Dkter_Merawat	Text	35	-	Dokter yang merawat
5	Kd_Periksa	Char	4	-	Kode pemeriksaan

6	Kd_Rg_Ranap	Char	3	-	Kode ruang rawat inap
7	Kd_Klas	Char	3	-	Kode Klas

- k. Nama File : **Rg\_Ranap**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data Ruangan rawat inap  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Rg\_Ranap  
 Panjang Record : 15 byte  
 Jumlah Record : 7 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Rg_Ranap	Char	3	-	Kode ruang rawat inap
2	Nm_Rg_Ranap	Text	10	-	Nama ruang rawat inap
3	Jmlh_TT	Number	2	-	Jumlah tempat tidur

- l. Nama File : **Klas**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data klas rawat inap  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Klas  
 Panjang Record : 12 byte  
 Jumlah Record : 4 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Klas	Char	3	-	Kode ruang rawat inap
2	Nm_Klas	Text	3	-	Nama ruang rawat inap
3	Tarif_Klas	Number	6	-	Jumlah tempat tidur

m. Nama File : **Askep**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang detil Asuhan Keperawatan  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Srt\_Pwtan, Kd\_Dx\_Pwtan  
 Panjang Record : 262 byte  
 Jumlah Record : 21900 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Srt_Pwtan	Number	4		
2	Kd_Dx_Pwtan	Char	3		
3	Nm_Pwt	Text	35		
4	Tgl_Askep	Date	10		
5	Shift	Text	10		
6	Tindkn_Ktgori	Text	200		

n. Nama File : **Dx\_Pwtan**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data diagnosa perawatan  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Dx\_Pwtan  
 Panjang Record : 523 byte  
 Jumlah Record : 10 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_Dx_Pwtan	Char	3	-	Kode diagnosa perawatan
2	Nm_Dx_Pwtan	Text	20	-	Nama diagnosa

					perawatan
3	Intervensi_Kpwatan	Number	500	-	Intervensi keperawatan

- o. Nama File : **Srt\_PP**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang pemeriksaan penunjang  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Srt\_PP  
 Panjang Record : 18 byte  
 Jumlah Record : 2190 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Srt_PP	Number	4	-	Nomor surat pemeriksaan penunjang
2	Tgl_Srt_PP	Date	10	-	Tanggal surat pemeriksaan penunjang
3	No_Srt_Pwtan	Number	4	-	Nomor surat perawatan

- p. Nama File : **Kw\_PP**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Kwitansi pemeriksaan penunjang  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Srt\_PP  
 Panjang Record : 18 byte  
 Jumlah Record : 2190 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Kw_PP	Number	4	-	Nomor kwitansi pemeriksaan penunjang
2	Tgl_Kw_PP	Date	10	-	Tanggal kwitansi pemeriksaan penunjang
3	No_Srt_PP	Number	4	-	Nomor surat perawatan

- q. Nama File : **Rinci**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang detil pemeriksaan penunjang  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_Srt\_PP, Kd\_PP  
 Panjang Record : 13 byte  
 Jumlah Record : 6570 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_PP	Char	3	-	Kode Pemeriksaan Penunjang
2	No_Srt_PP	Number	4	-	Nomor surat Pemeriksaan Penunjang
3	Ket	Char	50	-	Keterangan

- r. Nama File : **PP**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data pemeriksaan penunjang  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Kd\_PP  
 Panjang Record : 29 byte  
 Jumlah Record : 3 record



Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_PP	Char	3	-	Kode Pemeriksaan Penunjang
2	Nm_PP	Text	20	-	Nama Pemeriksaan Penunjang
3	Tarif_PP	Currency	6	-	Tarif Pemeriksaan Penunjang

- s. Nama File : **Kunjung**  
Media : *Harddisk*  
Isi : Informasi tentang detil visite  
Organisasi : *Index Sequential*  
Primary Key : No\_Srt\_Pwtan, No\_Visite  
Panjang Record : *7 byte*  
Jumlah Record : *3784320 record*  
Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Srt_Pwtan	Number	3	-	Nomor surat perawatan
2	No_Visite	Number	2	-	Nomor visite
3	Jmlh_Visite	Number	2	-	Jumlah visite

- t. Nama File : **Visite**  
Media : *Harddisk*  
Isi : Informasi tentang data pemeriksaan penunjang  
Organisasi : *Index Sequential*  
Primary Key : No\_Visite  
Panjang Record : *223 byte*

Jumlah Record : 1872 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Visite	Number	4	-	Nomor visite
2	Tgl_Visite	Date	10	-	Tanggal visite
3	Hasil	Text	200	-	Visite visite
4	Tarif_Visite	Currency	6	-	Tarif visite
5	Id_Konsulen	Char	3	-	Id konsulen

u. Nama File : **Rujukan**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang rujukan pasien  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Rujukan  
 Panjang Record : 319 byte  
 Jumlah Record : 12 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Rujukan	Number	3	-	Nomor rujukan
2	Tgl_Rujukan	Date	10	-	Tanggal rujukan
3	Kd_RS	Char	3	-	Kode Rumah Sakit
4	No_Visite	Number	4	-	Nomor visite
5	Ket	Text	300	-	Keterangan

v. Nama File : **RS**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data Rumah Sakit  
 Organisasi : *Index Sequential*

Primary Key : Kd\_RS  
 Panjang Record : 94 Byte  
 Jumlah Record : 6 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Kd_RS	Char	3	-	Kode Rumah Sakit
2	Nm_RS	Text	20	-	Nama Rumah Sakit
3	Alamat	Text	30	-	Alamat Rumah Sakit
4	Telp	Number	11	-	Nomor Telp RS
5	Kab/Kota	Text	30	-	Kabupaten/Kota

w. Nama File : **Konsulen**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang data konsulen  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : Id\_Konsulen  
 Panjang Record : 103 Byte  
 Jumlah Record : 7 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	Id_Konsulen	Char	3	-	Kode Rumah Sakit
2	Nm_Konsulen	Text	20	-	Nama Rumah Sakit
3	NIP	Text	18	-	Alamat Rumah Sakit
4	Spesialis	Number	20	-	Nomor Telp RS
5	Alamat	Text	30	-	Kabupaten/Kota
6	No_Hp	Number	12	-	Nomor handphone

- x. Nama File : **Kwitansi\_Konsul**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang kwitansi konsulen  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Kw\_Konsul  
 Panjang Record : 16 Byte  
 Jumlah Record : 180 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Kw_Konsul	Number	3	-	Nomor kwitansi konsul
2	Tgl_Kw_Konsul	Date	10	-	Tanggal kwitansi konsul
3	Id_Kosulen	Char	3	-	Id Konsulen

- y. Nama File : **Resep\_RI**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang resep rawat inap  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Resep\_RI  
 Panjang Record : 19 Byte  
 Jumlah Record : 31200 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Resep_RI	Number	5	-	Nomor resep rawat inap
2	Tgl_Resep_RI	Date	10	-	Tanggal resep rawat inap
3	No_Visite	Number	4	-	Nomor visite

z. Nama File : **Kwitansi\_Resep\_RI**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang kwitansi resep rawat inap  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : **No\_Kw\_Resep\_RI**  
 Panjang Record : *20 Byte*  
 Jumlah Record : *31200 record*  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Kw_Resep_RI	Number	5	-	Nomor kwitansi resep rawat inap
2	Tgl_Kw_Resep_RI	Date	10	-	Tanggal kwitansi resep rawat inap
3	No_Resep_RI	Number	5	-	Nomor resep rawat inap

aa. Nama File : **Masuk**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang detil resep rawat inap  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : **Kd\_Obt, No\_Resep\_RI**  
 Panjang Record : *13 Byte*  
 Jumlah Record : *124800000 record*  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Resep_RI	Number	5	-	Nomor resep rawat inap
2	Kd_Obat	Char	3	-	Kode obat

3	Dosis_Beri	Char	3	-	Dosis yang diberikan
4	Jmlh_Obt	Number	2	-	Jumlah obat

bb. Nama File : **Kw\_Visite**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang kwitansi visite  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Kw\_Visite  
 Panjang Record : 18 Byte  
 Jumlah Record : 1872 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Kw_Visite	Number	4	-	Nomor kwitansi visite
2	Tgl_Kw_Visite	Date	10	-	Tanggal kwitansi visite
3	No_Visite	Number	4	-	Nomor visite

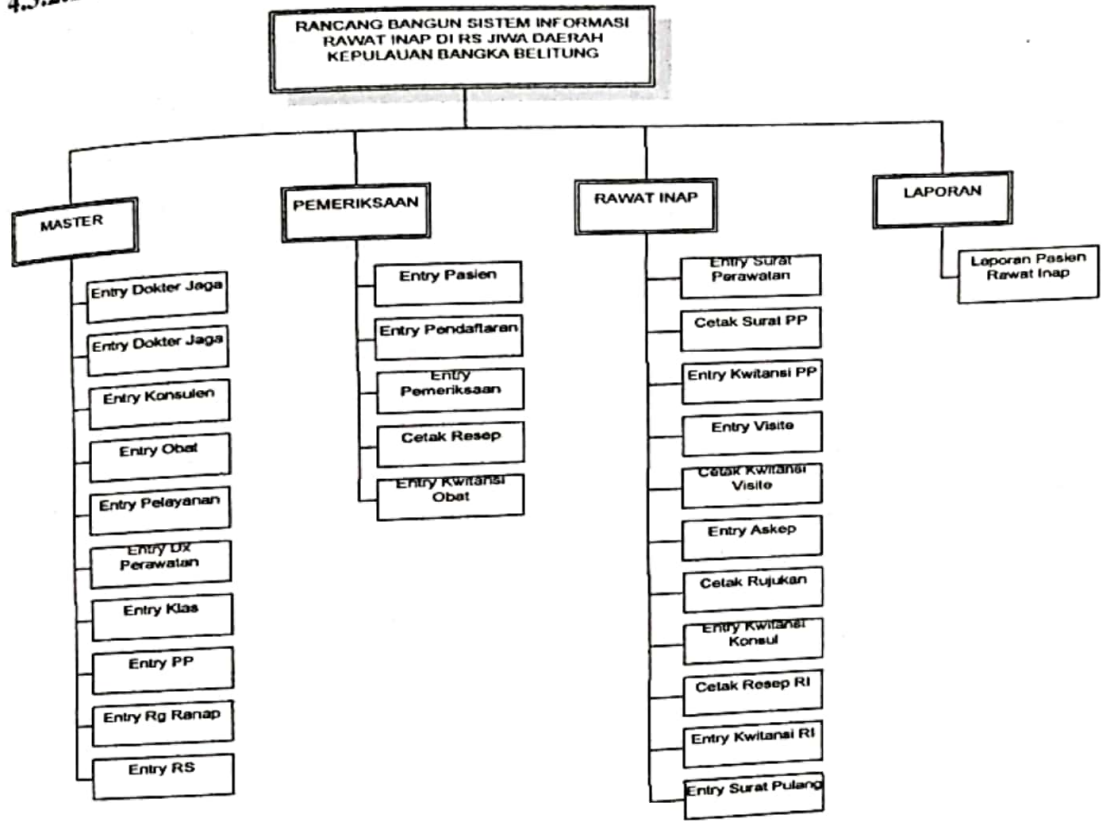
cc. Nama File : **Srt\_Plg**  
 Media : *Harddisk*  
 Isi : Informasi tentang surat pulang pasien  
 Organisasi : *Index Sequential*  
 Primary Key : No\_Srt\_Plg  
 Panjang Record : 71 Byte  
 Jumlah Record : 1872 record  
 Struktur :

No	Nama Field	Jenis	Lebar	Desimal	Keterangan
1	No_Srt_Plg	Number	4	-	Nomor surat pulang
2	Tgl_Plg	Date	10	-	Tanggal pulang
3	Lm_Rwt	Number	3	-	Lama rawat

4	Kondisi_Plg	Text	50	-	Kondisi pasien pulang
5	No_Visite	Number	4	-	Nomor Visite

### 4.3.2 Rancangan Dialog Layar

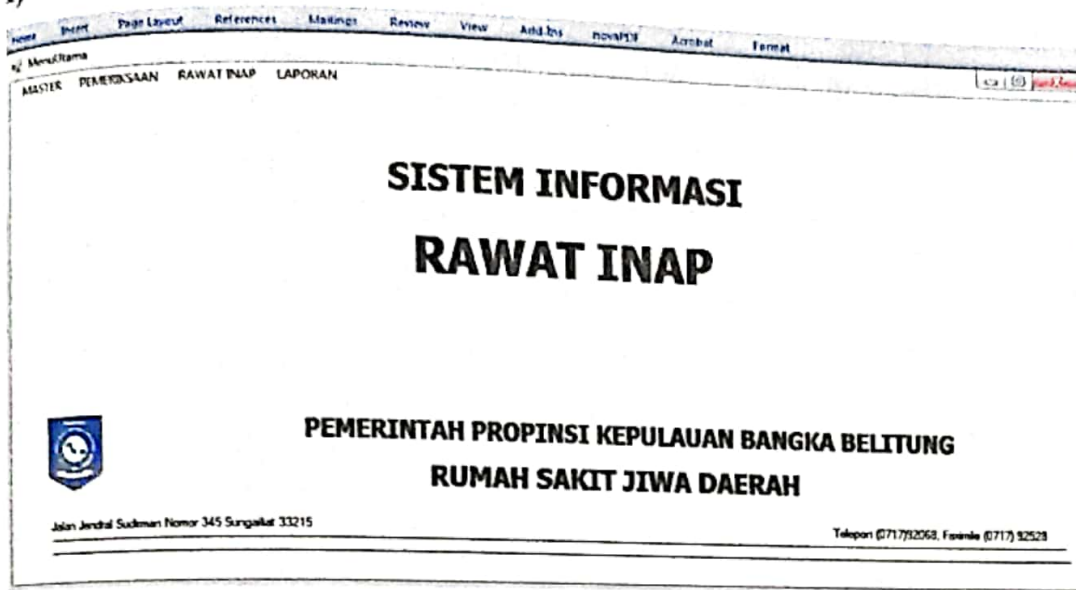
#### 4.3.2.1 Struktur Tampilan



Gambar 4.21 Struktur Tampilan Sistem Informasi Rawat Inap di RS Jiwa Daerah Kepulauan Bangka Belitung

### 4.3.2.2 Rancangan Layar

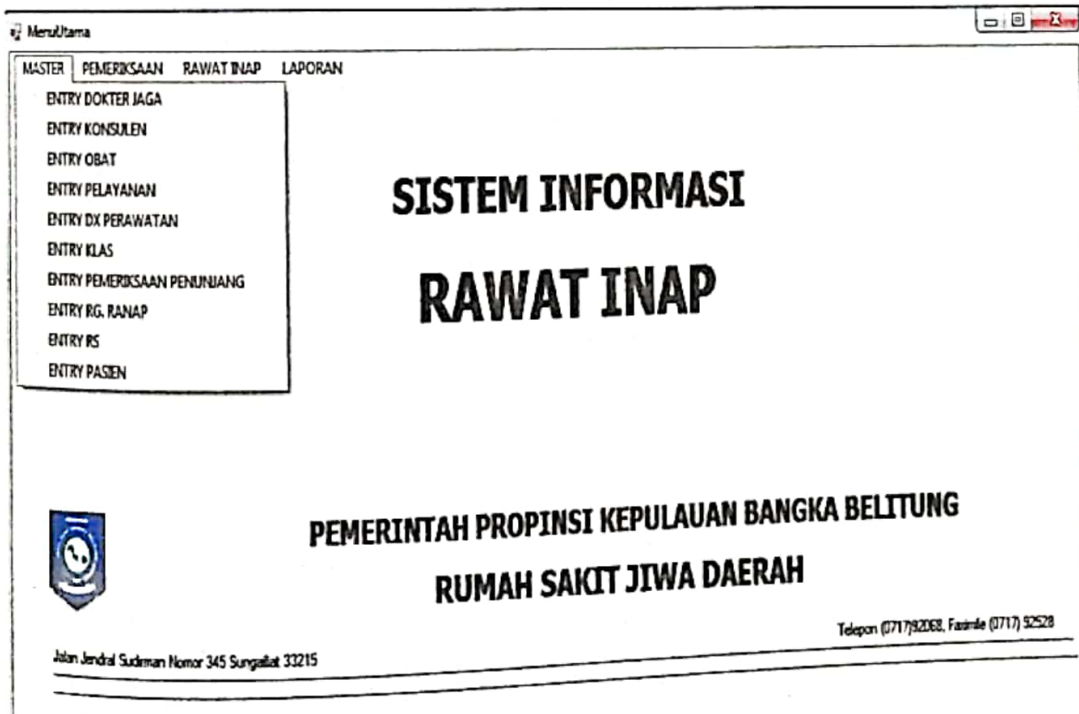
#### 1) Rancangan layar Menu Utama



Gambar 4.22

Rancangan Layar Menu Utama

#### 2) Rancangan layar Sub Menu Master

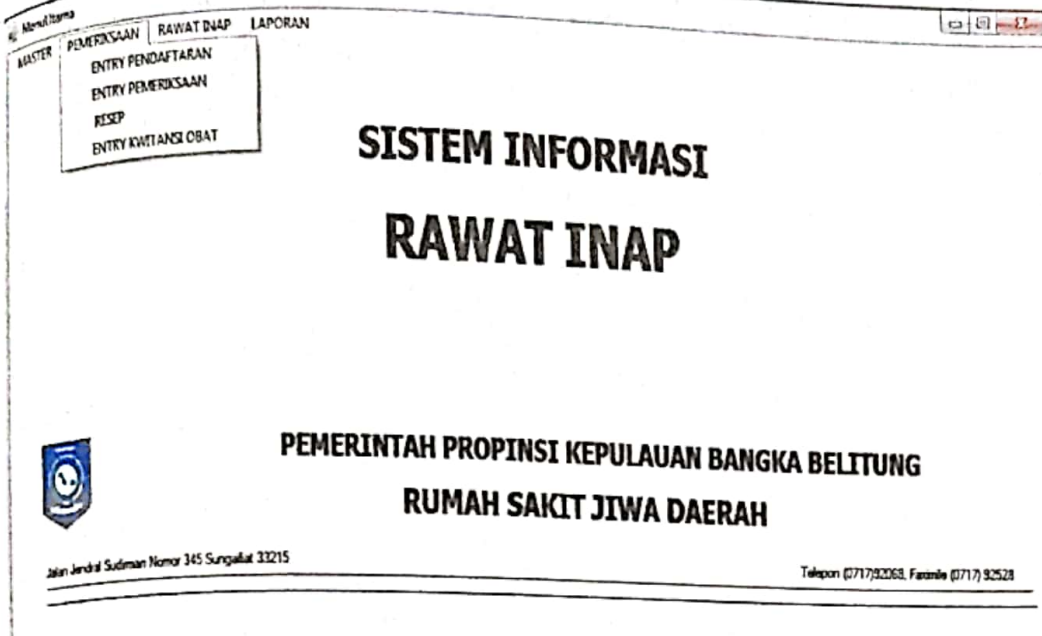


Gambar 4.23

Rancangan Layar Sub Menu Master



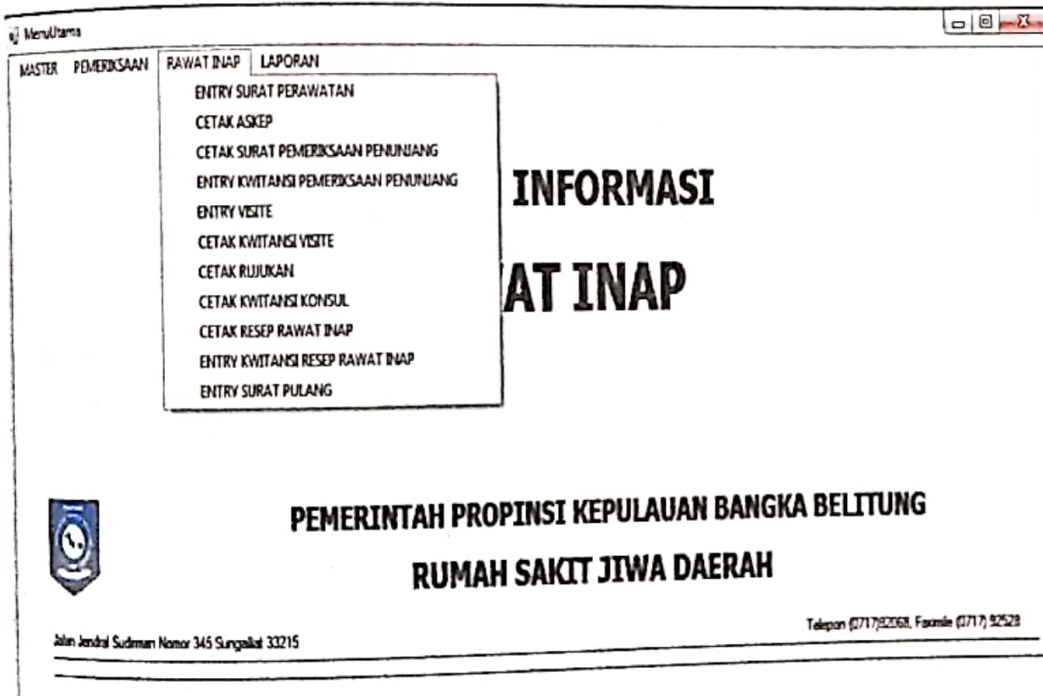
### 3) Rancangan layar Sub Menu Pemeriksaan Pasien



Gambar 4.24

Rancangan Layar Sub Menu Pemeriksaan Pasien

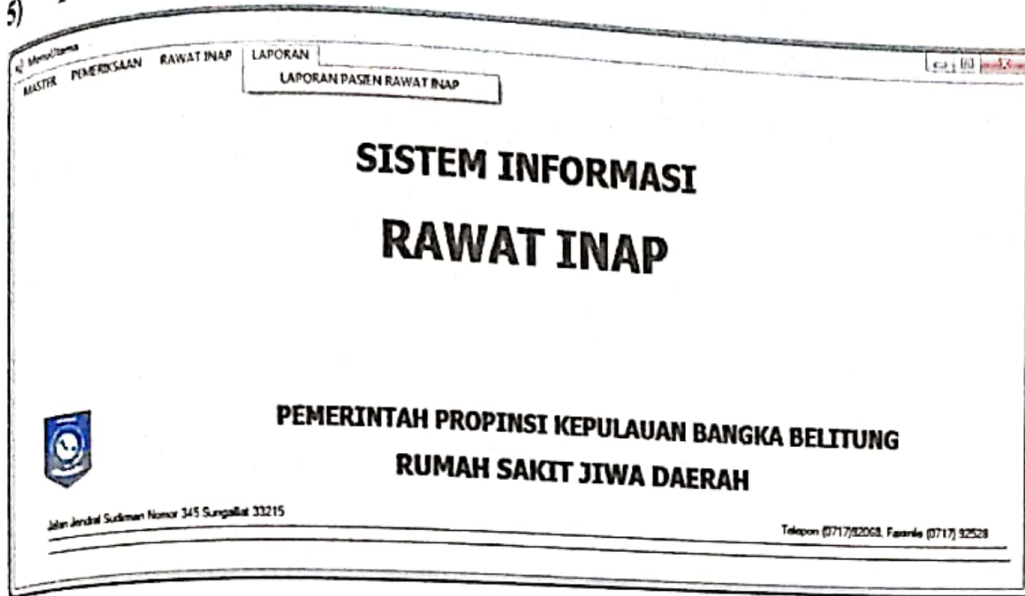
### 4) Rancangan layar Sub Menu Rawat Inap



Gambar 4.25

Rancangan Layar Sub Menu Rawat Inap

5) Rancangan Layar Sub Menu Laporan



Gambar 4.26  
Rancangan Layar Sub Menu Laporan

6) Rancangan Layar Form Entry Dokter Jaga

Dokter\_Jaga

### DATA DOKTER JAGA

Id Dokter

Nama Dokter

NIP

Jenis kelamin

Jabatan

Alamat

No Handphone

Gambar 4.27  
Rancangan Layar Form Entry Data Dokter Jaga

## 7) Rancangan Layar Form Entry Konsulen

Entry Konsulen

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JiWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA KONSULEN

Id Konsulen << Input >> Simpan

Nama Konsulen << Input >> Ubah

NIP << Input >> Hapus

Jenis Kelamin << Pilih >> Batal

Jabatan << Input >> Keluar

Alamat << Input >>

No Handphone << Input >>

**Gambar 4.28**

Rancangan Layar Form Entry Data Konsulen

## 8) Rancangan Layar Form Entry Obat

Entry Obat

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JiWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA OBAT

Kode Obat << Input >> Simpan

Nama Obat << Input >> Ubah

Jenis Obat << Input >> Hapus

Harga Satuan << Input >> Batal

<< Input >> Keluar

**Gambar 4.29**

Rancangan Layar Form Entry Data Obat

9) Rancangan layar Form Entry Data Pelayanan

Entry Pelayanan

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA PELAYANAN

Kode Pelayanan << Input >>

Nama Pelayanan << Input >>

Simpan Ubah Hapus Batal Keluar

Gambar 4.30

Rancangan layar Form Entry Data Pelayanan

10) Rancangan layar Form Entry Diagnosa Perawatan

Entry Diagnosa Perawatan

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA DIAGNOSA PERAWATAN

Kode Diagnosa Perawatan << Input >>

Nama Diagnosa Perawatan << Input >>

Intervensi Keperawatan << Input >>

Simpan Ubah Hapus Batal

Keluar

Gambar 4.31

Rancangan layar Form Entry Data Diagnosa Perawatan

11) Rancangan layar Form Entry Klas

Entry Klas

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA KLAS

Kode Klas << Input >>

Nama Klas << Input >>

Tarif Klas << Input >>

Simpan Ubah Hapus Batal

Keluar

Gambar 4.32

Rancangan layar Form Entry Data Klas

12) Rancangan layar Form Entry Pemeriksaan Penunjang

Entry PP

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA PEMERIKSAAN PENUNJANG

Kode Pemeriksaan Penunjang << Input >>

Nama Pemeriksaan Penunjang << Input >>

Tarif Pemeriksaan Penunjang << Input >>

Simpan Ubah Hapus Batal Keluar

Gambar 4.33

Rancangan layar Form Entry Data Pemeriksaan Penunjang

13) Rancangan layar Form Entry Ranap

Entry Ranap

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA RUANG RANAP

Kode Ruang Rawat Inap << Input >>

Nama Ruang Rawat Inap << Input >>

Jumlah Tempat Tidur << Input >>

Simpan Ubah Hapus Batal Keluar

Gambar 4.34

Rancangan layar Form Entry Data Ruang Rawat Inap

14) Rancangan layar Form Entry Rumah Sakit

Entry RS

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

DATA RUMAH SAKIT

Kode Rumah Sakit << Input >> Simpan

Nama Rumah Sakit << Input >> Ubah

Alamat << Input >> Hapus

No Telp << Input >> Batal

Kabupaten / Kota << PILIH >> Keluar

Gambar 4.35

Rancangan layar File Entry Data Rumah Sakit

### 15) Rancangan layar Form Entry Pasien

**Entry Pasien**

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

**DATA PASIEN**

No RM	<< Input >>	Bin / Binti	Nama Keluarga
Nama Pasien	<< Input >>		<< Input >>
Jenis Kelamin	<input checked="" type="radio"/> Perempuan <input type="radio"/> Laki-laki		Simpan
Pendidikan	<< Input >>		Ubah
Tempat Lahir	<< Input >>		Hapus
Tanggal Lahir	<< DD / MM / YY >>		Batal
Agama	<< PILIH >>		Keluar
Alamat	<< Input >>		
No Handphone	<< Input >>		
Pekerjaan	<< Input >>		

**Gambar 4.36**

Rancangan layar Form Entry Data Pasien

### 16) Rancangan layar Form Transaksi Pendaftaran

**Pendaftaran**

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

**ENTRY PENDAFTARAN**

No Daftar	<< Auto >>
Tanggal Daftar	<< Auto >>
Kode Pelayanan	<< Pilih >>
Nama Pelayanan	<< Display >>
No RM	<< Pilih >>
Nama Pasien	<< Display >>
Umur	<< Input >>
Jenis Kelamin	<< Display >>
Alamat	<< Display >>
Pekerjaan	<< Display >>

Simpan  
Batal  
Keluar

**Gambar 4.37**

Rancangan layar Form Pendaftaran

17) Rancangan layar Form Pemeriksaan

**ENTRY PEMERIKSAAN**

Kode Periksa \_\_\_\_\_  
 Tanggal Periksa 19/06/2015

No. Daftar \_\_\_\_\_  
 Nama Pelayanan \_\_\_\_\_  
 Id Dokter Jaga \_\_\_\_\_  
 Nama Dokter Jaga \_\_\_\_\_

No. RM \_\_\_\_\_  
 Nama Pasien \_\_\_\_\_  
 Umur \_\_\_\_\_ Tahun  
 Jenis Kelamin \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_

Pemeriksaan \_\_\_\_\_  
 Tensi Darah \_\_\_\_\_ MmHg  
 Anamnesa / Therapi \_\_\_\_\_

Diagnosa \_\_\_\_\_

Simpan      Batal      Keluar

Gambar 4.38

Rancangan layar Form Pemeriksaan

18) Rancangan layar Form Cetak Resep

**RESEP**

Kode Periksa \_\_\_\_\_  
 Nama Pelayanan \_\_\_\_\_  
 Nama Dokter Jaga \_\_\_\_\_

No. Resep \_\_\_\_\_  
 Tanggal Resep 19 Jun 2015

Data Pasien  
 No. RM \_\_\_\_\_  
 Nama Pasien \_\_\_\_\_  
 Jenis kelamin \_\_\_\_\_  
 Umur \_\_\_\_\_ Tahun  
 Alamat \_\_\_\_\_

No. Telp \_\_\_\_\_  
 Kode Obat \_\_\_\_\_  
 Nama Obat \_\_\_\_\_  
 Jenis Obat \_\_\_\_\_  
 Dosis \_\_\_\_\_  
 Jumlah \_\_\_\_\_  
 Harga Satuan \_\_\_\_\_  
 Harga \_\_\_\_\_

Tambah      Cetak      Batal      Keluar

No.	Kode Obat	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Jumlah	Harga Satuan	Harga

Total Harga

Gambar 4.39

Rancangan layar Form Cetak Resep



19) Rancangan layar Form Entry Kwitansi Obat

**Entry Kwitansi Obat**

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

**ENTRY KWITANSI RESEP**

Nama Pelayanan: << Display >>  
 Nama Dokter Jaga: << Display >>  
 No Resep: << Pilih >> [Ctrl]

No Kwitansi Obat: << Auto >>  
 Tanggal Kwitansi Obat: << DD/MM/YYYY >>

**Data Pasien**

No RM: << Display >>  
 Nama Pasien: << Display >>  
 Jenis Kelamin: << Display >>  
 Umur: << Display >>  
 Alamat: << Display >>

Bin / Binti: << Display >>  
 Nama Keluarga: << Display >>

**Keterangan**

Membayar Sejumlah: << Input >>

[Simpan] [Batal] [Keluar]

Gambar 4.40  
Rancangan layar Form Entry Kwitansi Obat

20) Rancangan layar Form Entry Surat Perawatan

**Entry Surat Perawatan**

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG

**ENTRY SURAT PERAWATAN**

No Surat Perawatan: << Input >>  
 Tgl Surat Perawatan: << DD/MM/YYYY >>  
 Jam Masuk: << Input >>  
 Dokter Merawat: << Input >>

Kode Periksa: << Pilih >> [Ctrl]  
 Nama Pelayanan: << Display >>  
 Nama Dokter Jaga: << Display >>  
 Diagnosa: << Display >>

Kode Ruang Rawat Inap: << Pilih >> [Ctrl]  
 Nama Ruang Rawat Inap: << Display >>  
 Kode Klas: << Pilih >> [Ctrl]  
 Nama Klas: << Display >>  
 Tarif Klas: << Display >>

**Data Pasien**

No RM: << Display >>  
 Nama Pasien: << Display >>  
 Jenis Kelamin: << Display >>  
 Umur: << Display >>  
 Agama: << Display >>

Bin / Binti: << Display >>  
 Nama Keluarga: << Display >>  
 Alamat: << Display >>  
 No Telp: << Display >>  
 Pekerjaan: << Display >>  
 Pendidikan: << Display >>

[Simpan] [Batal] [Keluar]

Gambar 4.41  
Rancangan layar Form Entry Surat Perawatan

## 21) Rancangan layar Form Entry Askep

**SISTEM INFORMASI RAWAT INAP**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG**  
**ENTRY ASKEP**

Nama Perawat << Input >> No Surat Perawatan << Pilih >> Cari  
Tgl Askep << DD/MM/YYYY >> Nama Ruang Rawat Inap << Display >>  
Shift << Input >> Nama Klas << Display >>

Data Pasien  
No RM << Display >> Alamat << Display >>  
Nama Pasien << Display >> No Telp << Display >>  
Jenis Kelamin << Display >> Agama << Display >>  
Umur << Display >>  
Pendidikan << Display >>

Askep  
Kode Diagnosa Perawatan << Pilih >> Cari  
Nama Diagnosa Perawatan << Display >>  
Intervensi Keperawatan << Display >>

Tindakan Kategori << Input >>

Simpan      Batal      Keluar

**Gambar 4.42**

Rancangan layar Form Entry Askep

## 22) Rancangan layar Form Cetak Surat Pemeriksaan Penunjang

**SISTEM INFORMASI RAWAT INAP**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG**  
**CETAK SURAT PEMERIKSAAN PENUNJANG**

No Surat Pemeriksaan Penunjang << Auto >> No Surat Perawatan << Pilih >> Cari  
Tgl Surat Pemeriksaan Penunjang << DD/MM/YYYY >> Nama Ruang Rawat Inap << Display >>  
Dokter Merawat << Display >> Nama Klas << Display >>  
Tarif PP << Display >>

Data Pasien  
No RM << Display >> Nama Keluarga << Display >>  
Nama Pasien << Display >> Bin / Binti << Display >>  
Jenis Kelamin << Display >>  
Umur << Display >>  
Alamat << Display >>

Order Pemeriksaan  
Kode Pemeriksaan Penunjang << Pilih >> Cari  
Nama Pemeriksaan Penunjang << Display >>  
Keterangan << Input >>

Cetak      Batal      Keluar

**Gambar 4.43**

Rancangan layar Form Cetak Surat Pemeriksaan Penunjang

23) Rancangan layar Form Entry Kwitansi Pemeriksaan Penunjang

Gambar 4.44

Rancangan layar Form Entry Kwitansi Pemeriksaan Penunjang

24) Rancangan Layar Form Entry Visite

Gambar 4.45

Rancangan Layar Form Entry Visite

25) Rancangan Layar Form Cetak Kwitansi Visite

Gambar 4.46

Rancangan Layar Form Cetak Kwitansi Visite

26) Rancangan Layar Form Cetak Rujukan

Gambar 4.47

Rancangan Layar Form Cetak Rujukan

27) Rancangan Layar Form Cetak Kwitansi Konsul

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG  
CETAK KWITANSI KONSUL

Tanggal Kwitansi Visite << DD/MM/YYYY >>  
No Visite << Pilih >> Cari  
Nama Konsulen << Display >>  
Tanf << Display >>

No Kwitansi Konsul << Input >>  
Nama Ruang Rawat Inap << Display >>  
Nama Klas << Display >>

Data Pasien  
No RM << Display >>  
Nama Pasien << Display >>  
Jenis Kelamin << Display >>  
Umur << Display >>  
Alamat << Display >>

Cetak  
Batal  
Keluar

Gambar 4.48

Rancangan Layar Form Cetak Kwitansi Konsul

28) Rancangan Layar Form Cetak Resep Rawat Inap

SISTEM INFORMASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH KEP. BANGKA BELITUNG  
CETAK RESEP RAWAT INAP

Tgl Resep Rawat Inap << DD/MM/YYYY >>  
No Visite << Pilih >> Cari  
Dokter Merawat << Display >>  
Nama Konsulen << Display >>

No Resep RI << Auto >>  
Nama Ruang Rawat Inap << Display >>  
Nama Klas << Display >>  
Kode Obat << Pilih >> Cari

Data Pasien  
No RM << Display >>  
Nama Pasien << Display >>  
Jenis Kelamin << Display >>  
Umur << Display >>  
Alamat << Display >>

Nama Obat	Jenis Obat	Dosis/Leaf	Jumlah Obat	Harga Satuan	Harga
Display	Display	Display	Display	Display	Display
Display	Display	Display	Display	Display	Display

Total Harga << Display >>

Cetak  
Batal  
Keluar

Gambar 4.49

Rancangan Layar Form Cetak Resep Rawat Inap

29) Rancangan Layar Form Entry Kwitansi Resep Rawat Inap

Gambar 4.50

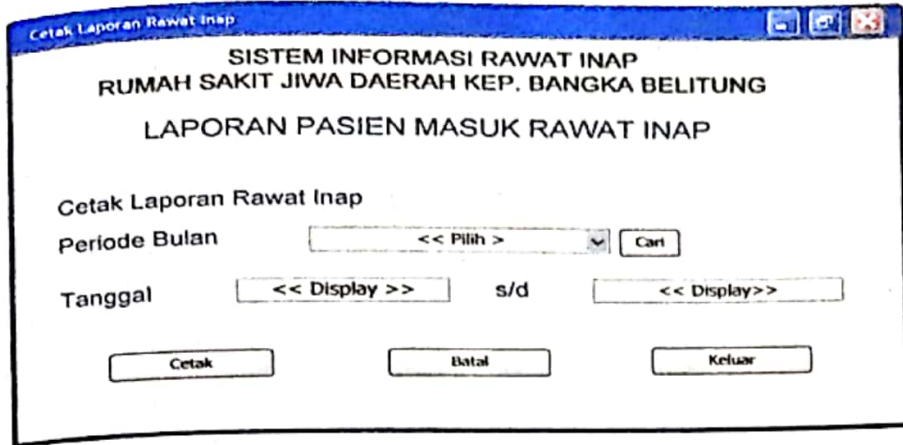
Rancangan Layar Form Entry Kwitansi Resep Rawat Inap

30) Rancangan Layar Form Entry Surat Pulang

Gambar 4.51

Rancangan layar Form Entry Surat Pulang

31) Rancangan Layar Form Laporan Pasien Rawat Inap

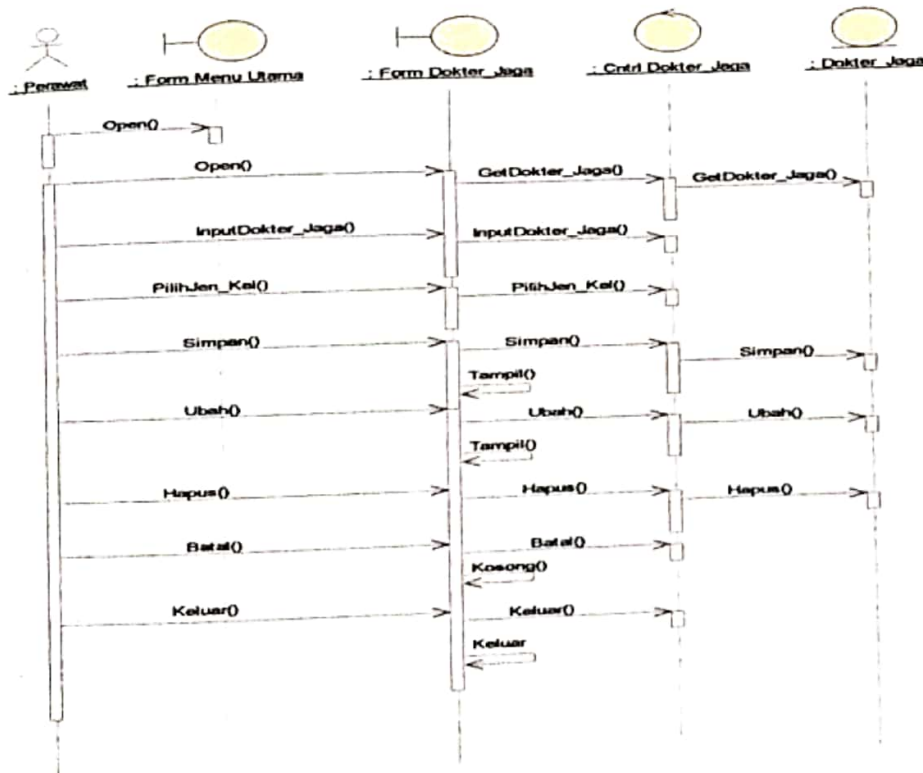


Gambar 4.52

Rancangan layar Form Laporan Pasien Rawat Inap

4.3.2.3 Sequence Diagram

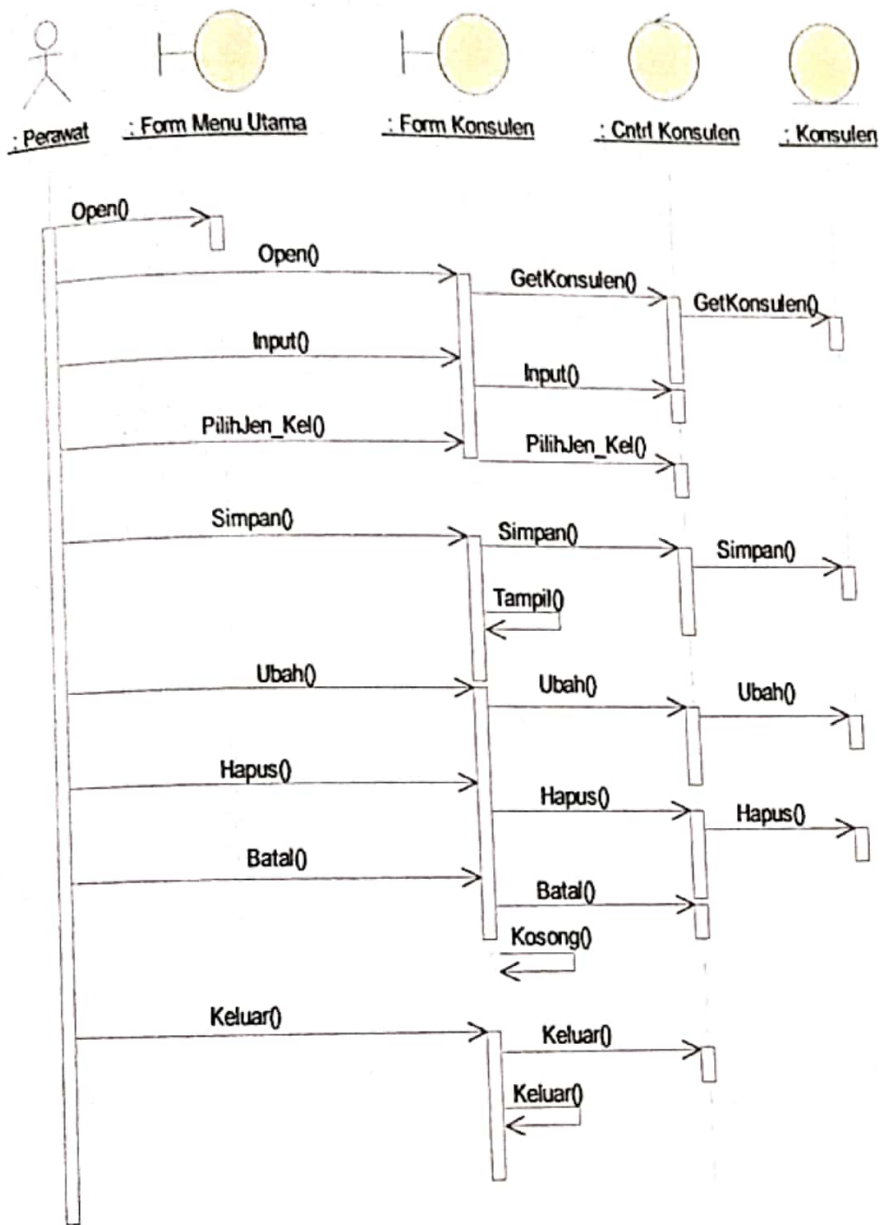
a) Sequence Diagram Entry Dokter Jaga



Gambar 4.53

Sequence Diagram Entry Dokter Jaga

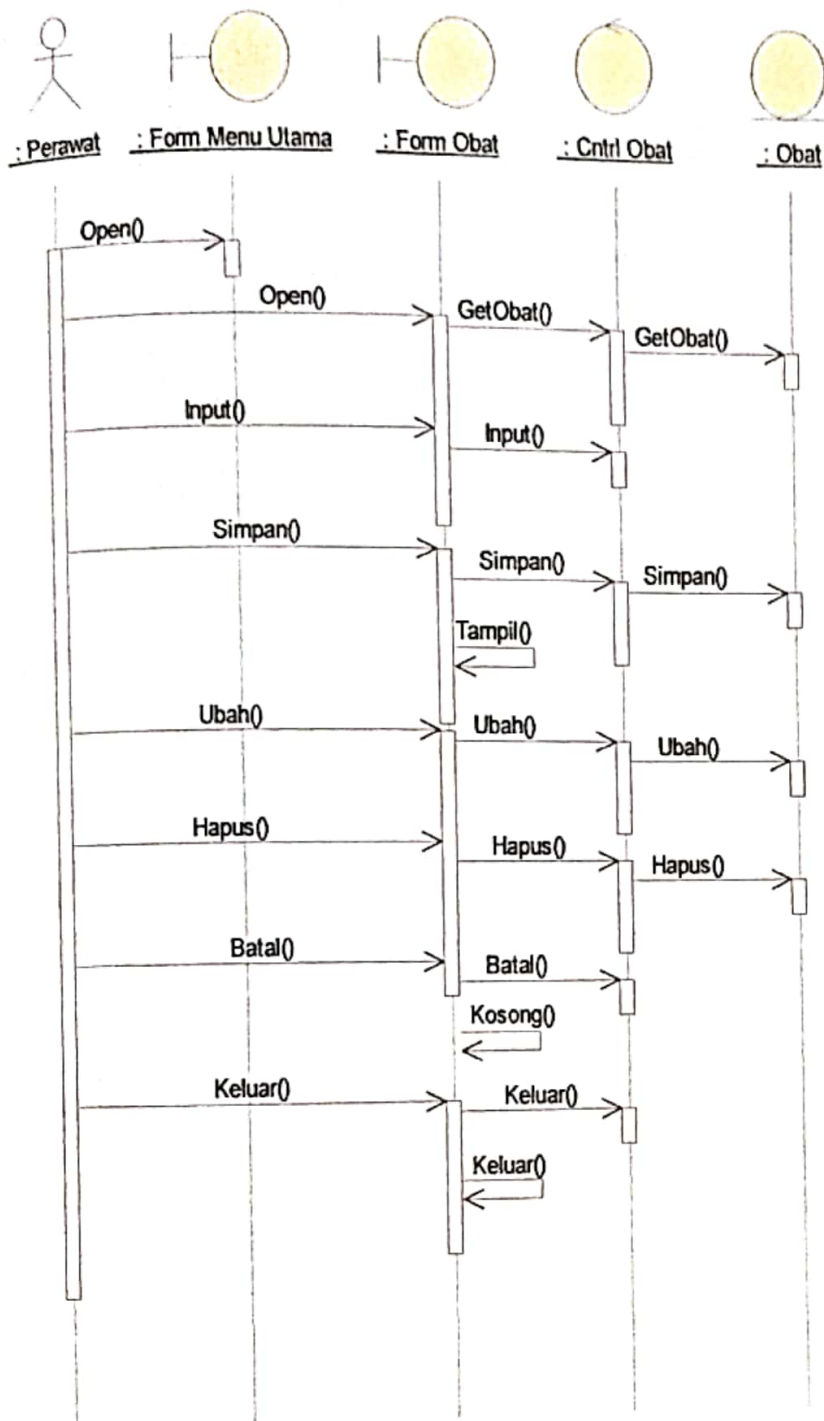
b) **Diagram Entry Konsulen**



**Gambar 4.54**  
*Sequence Diagram Entry Konsulen*

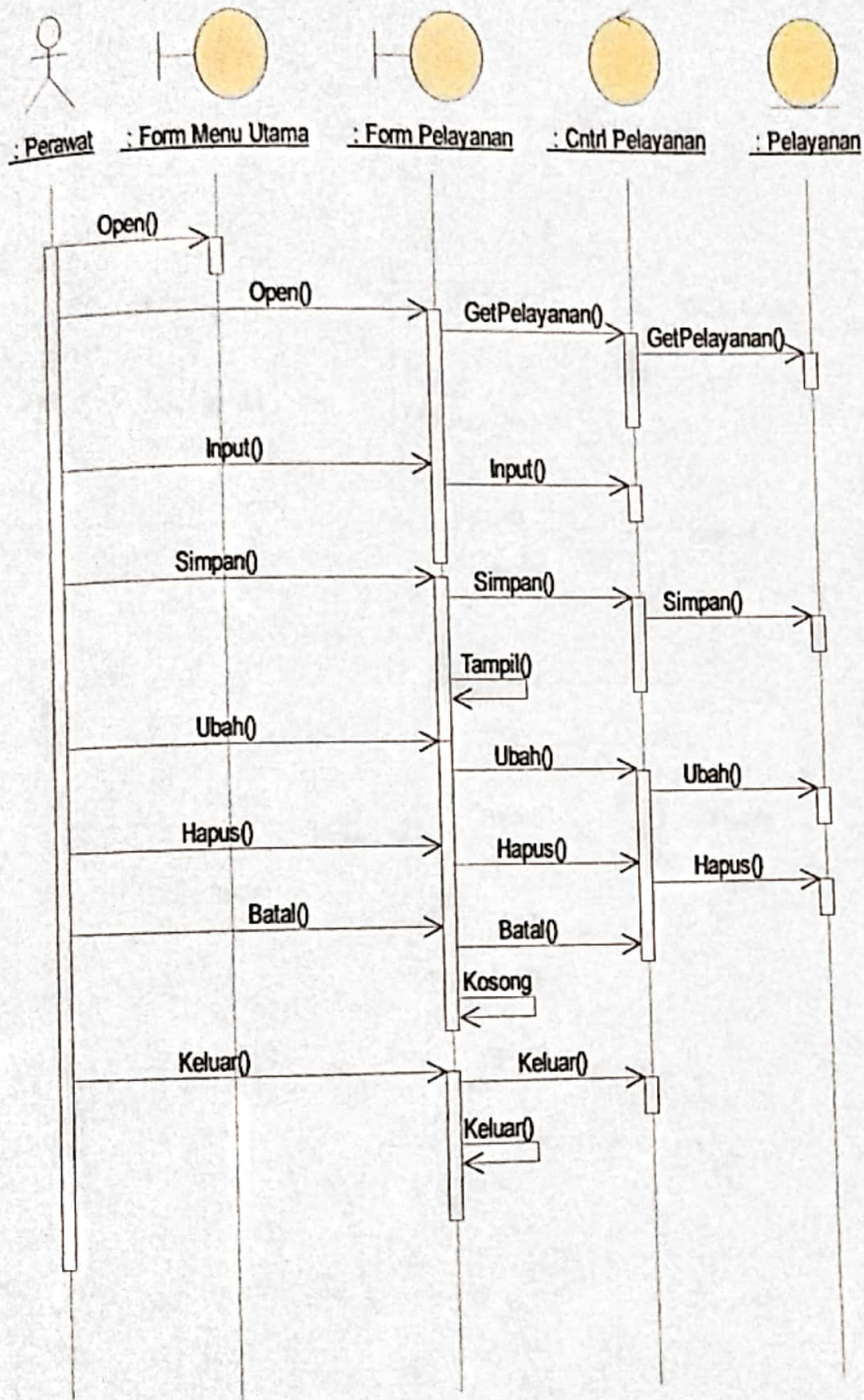


c) *Sequence Diagram Entry Obat*



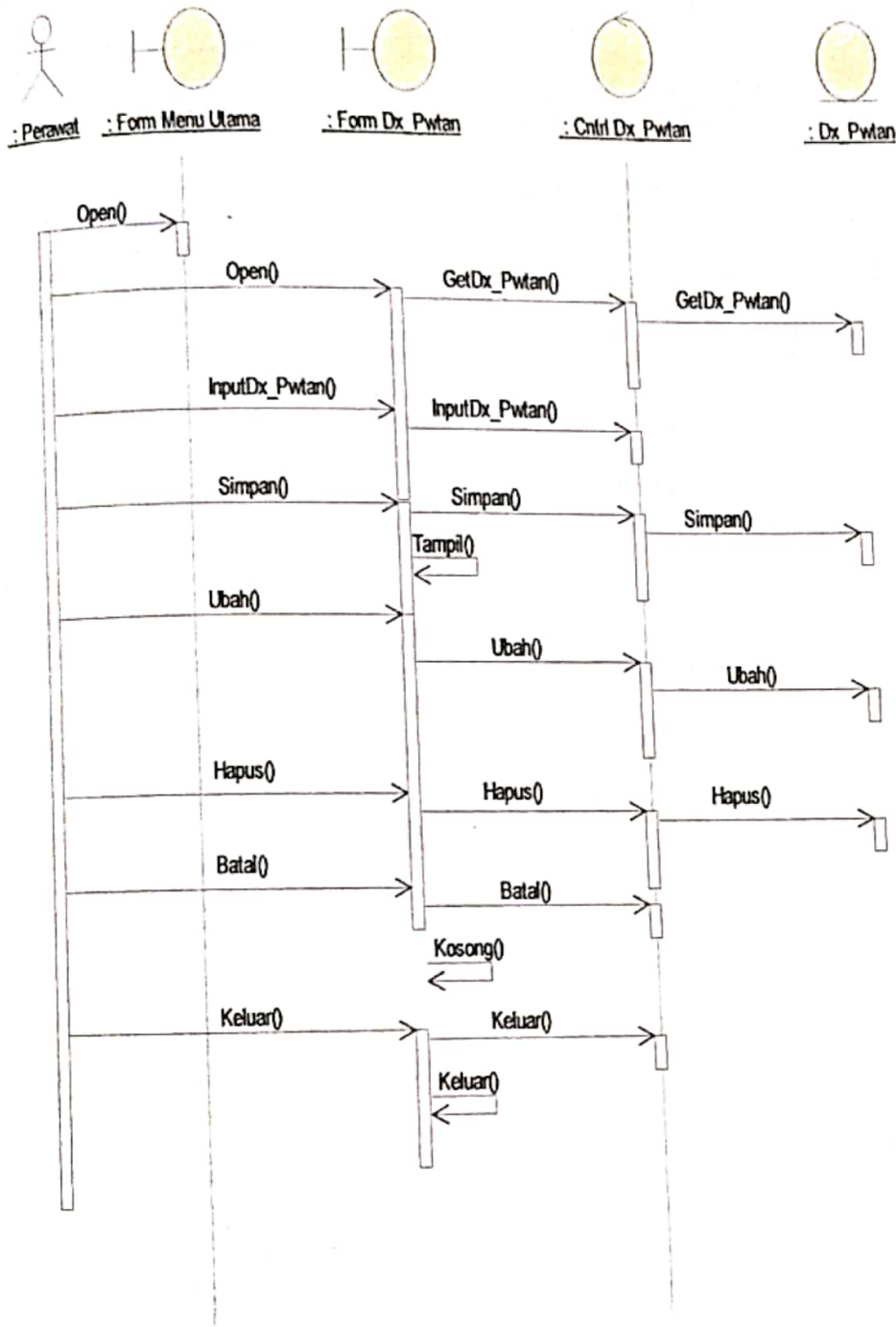
**Gambar 4.55**  
*Sequence Diagram Entry Obat*

d) **Sequence Diagram Entry Pelayanan**



**Gambar 4.56**  
*Sequence Diagram Entry Pelayanan*

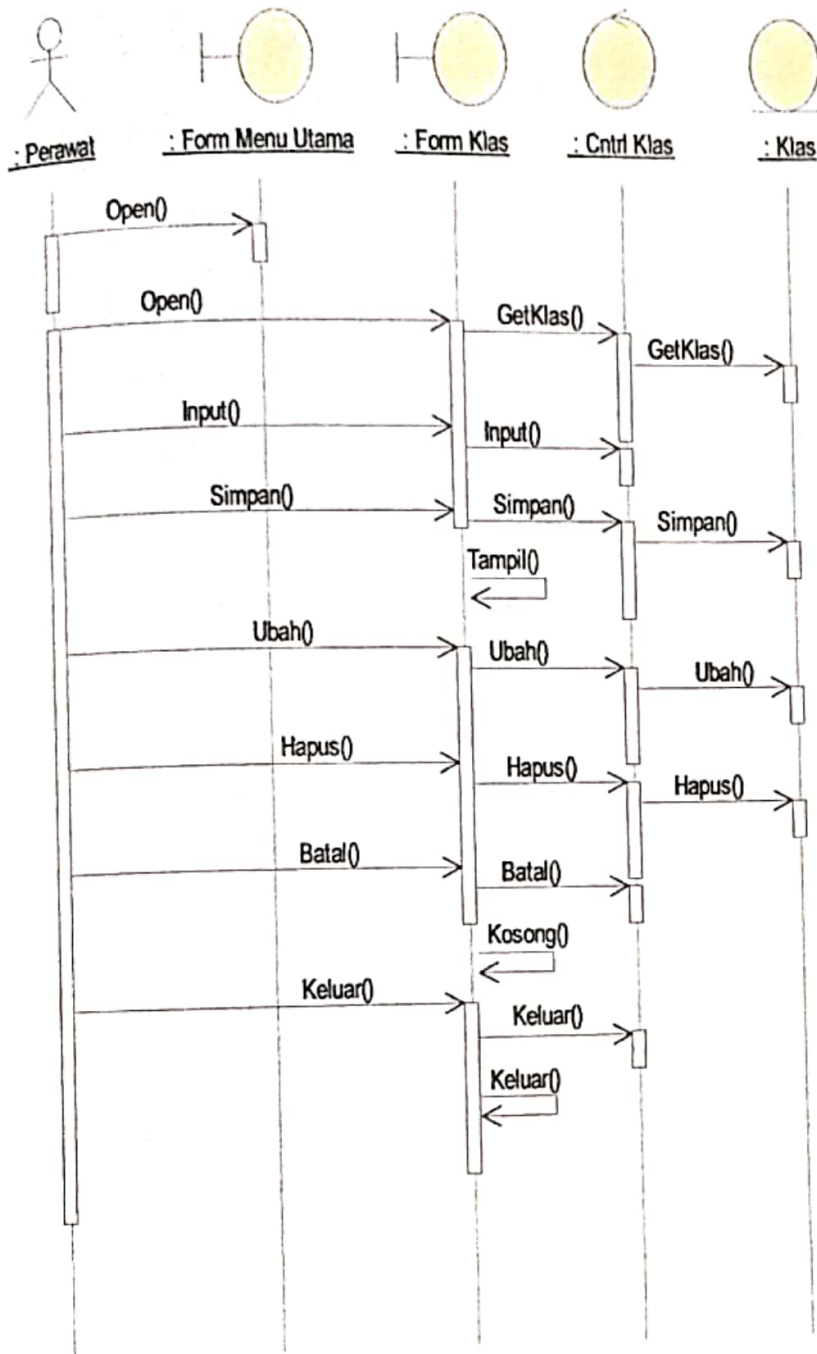
e) *Sequence Diagram Entry Dx Perawatan*



**Gambar 4.57**

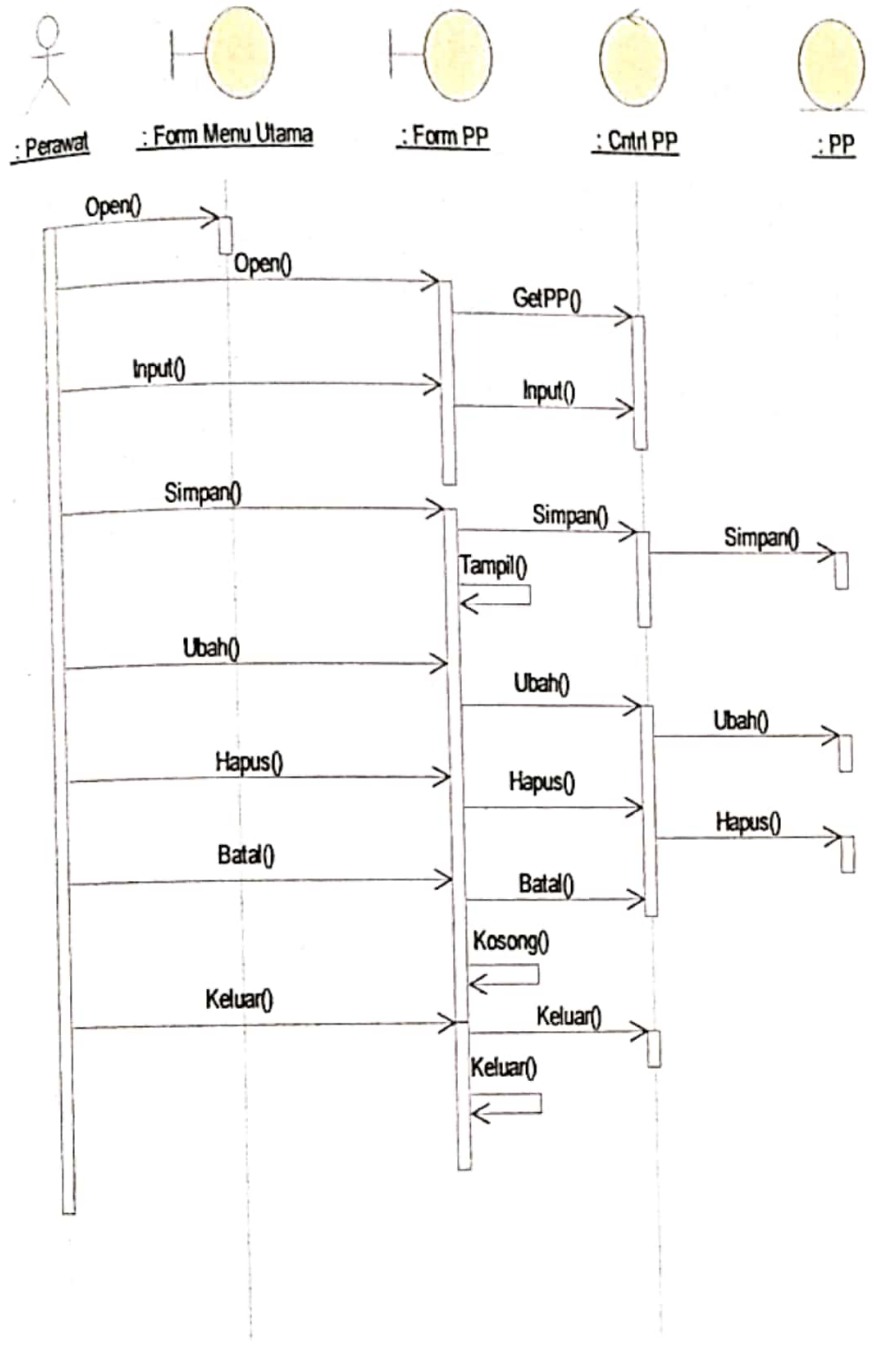
*Sequence Diagram Entry Dx Perawatan*

Sequence Diagram Entry Klas



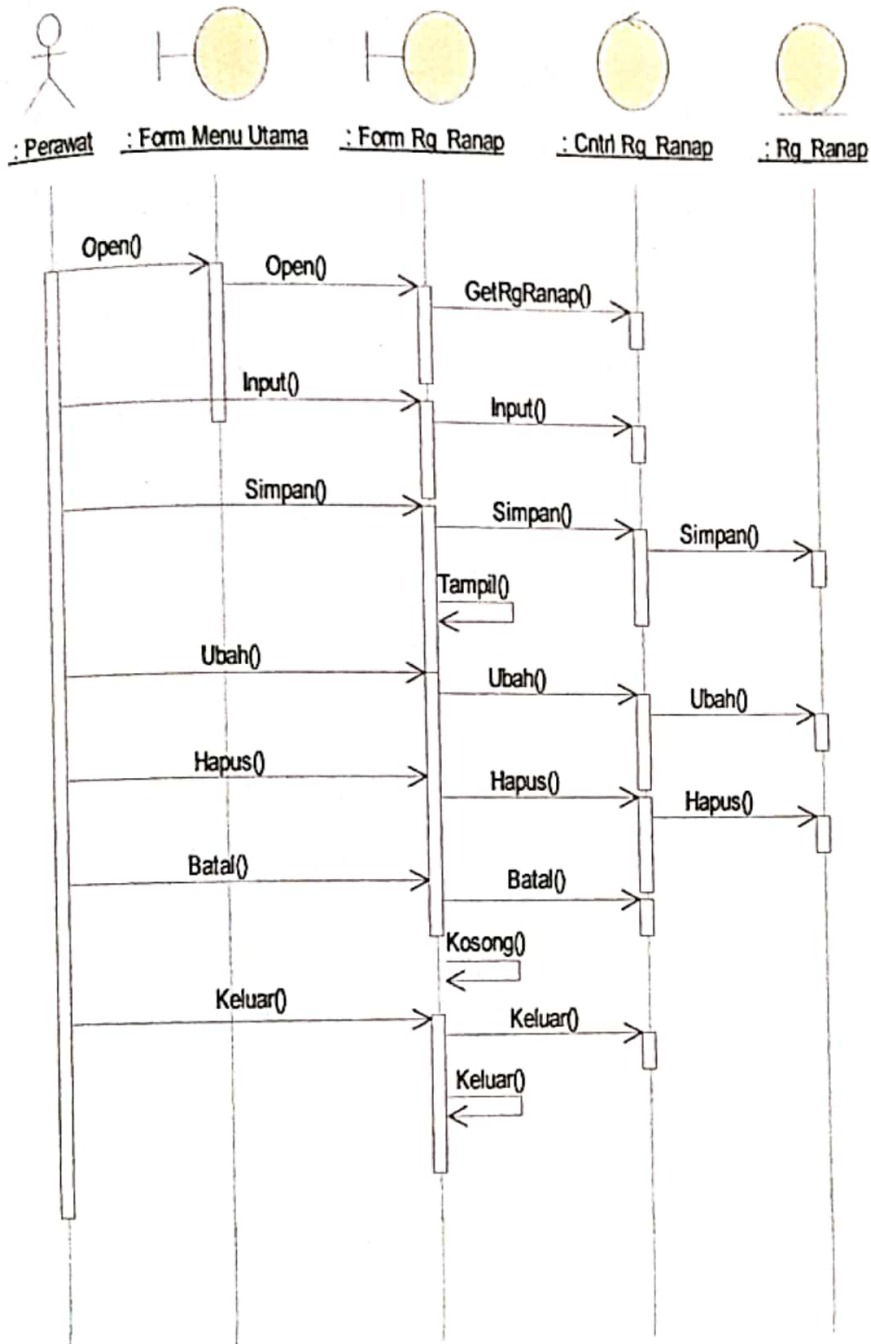
Gambar 4.58  
Sequence Diagram Entry Klas

g) **Sequence Diagram Entry PP**



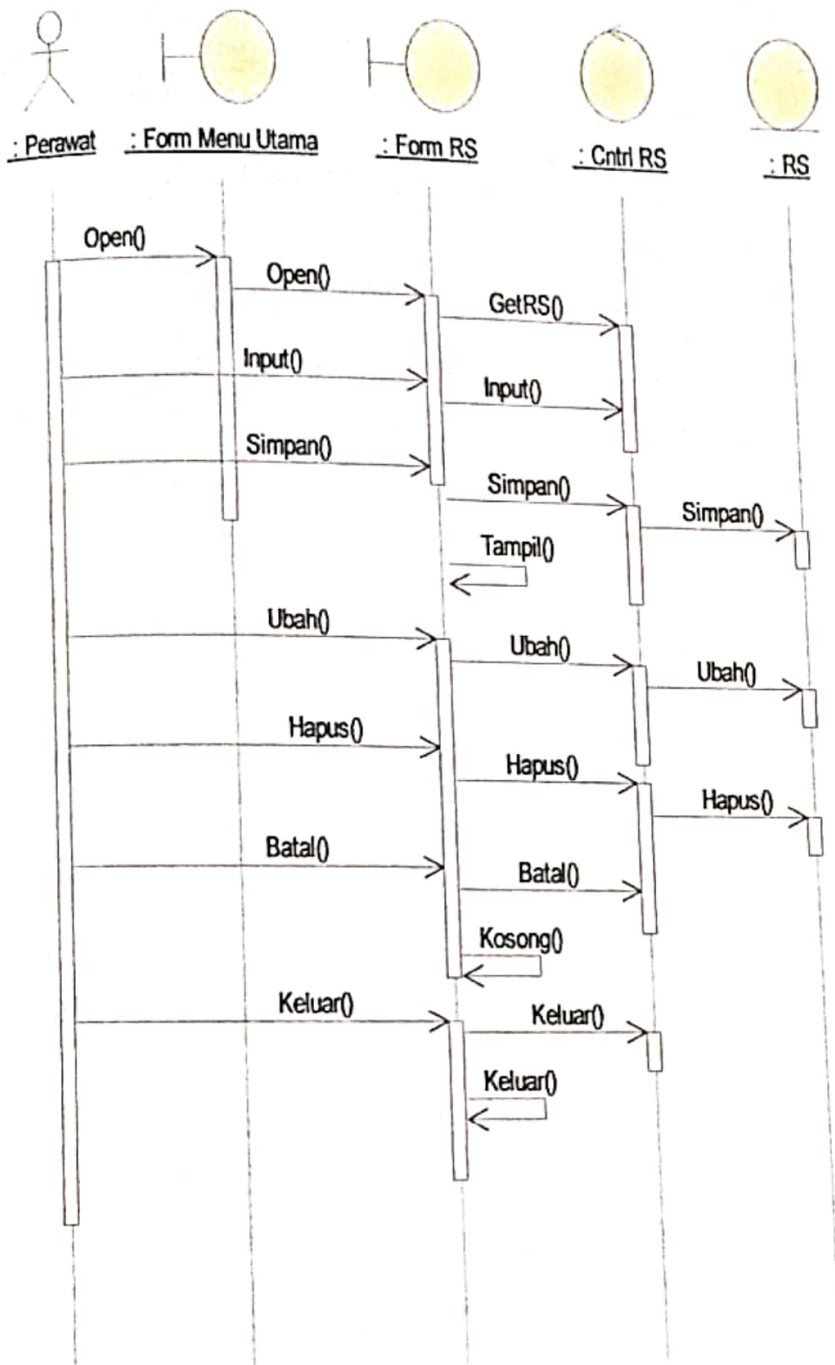
**Gambar 4.59**  
*Sequence Diagram Entry PP*

h) *Sequence Diagram Entry Rg Ranap*



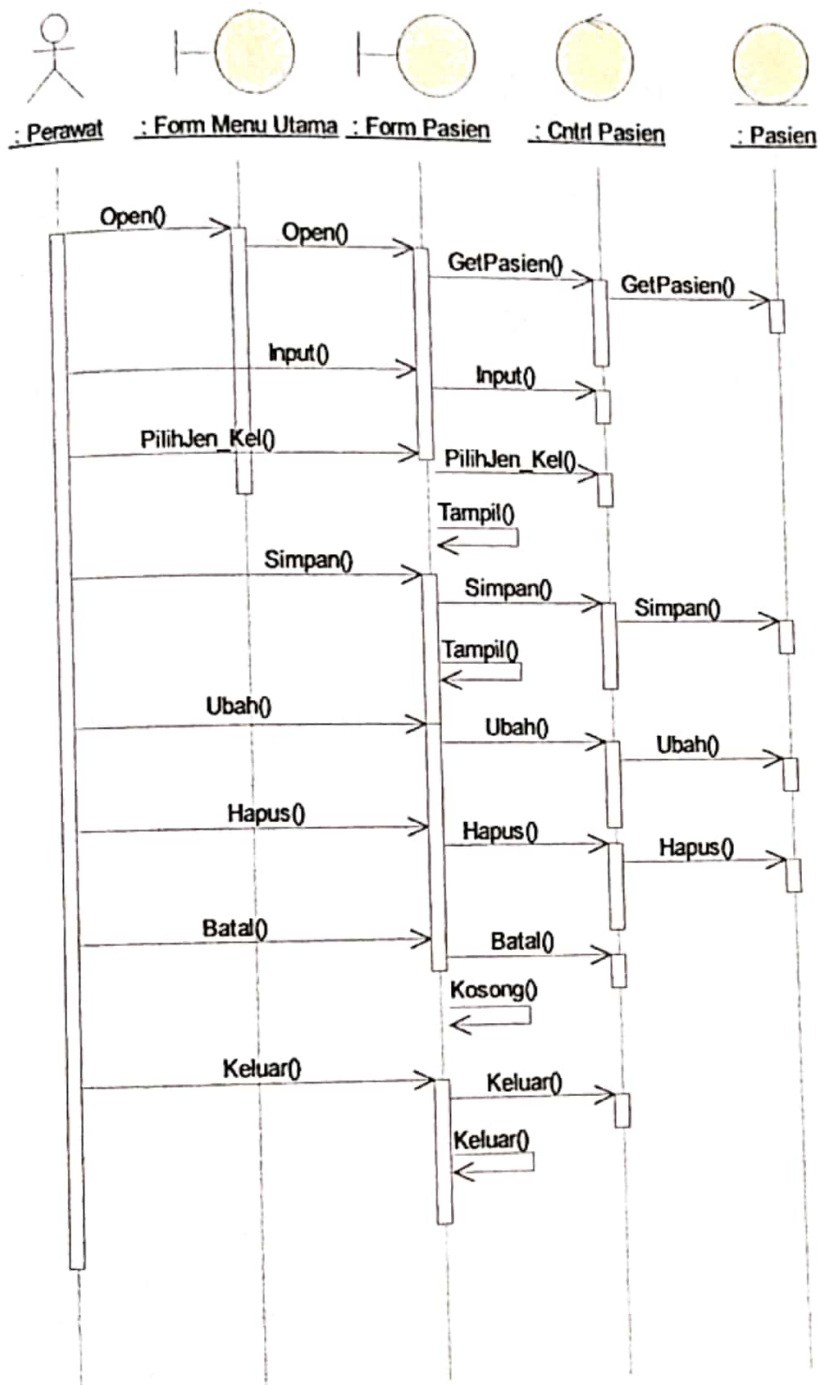
**Gambar 4.60**  
*Sequence Diagram Entry Rg Ranap*

i) **Sequence Diagram Entry RS**



**Gambar 4.61**  
*Sequence Diagram Entry RS*

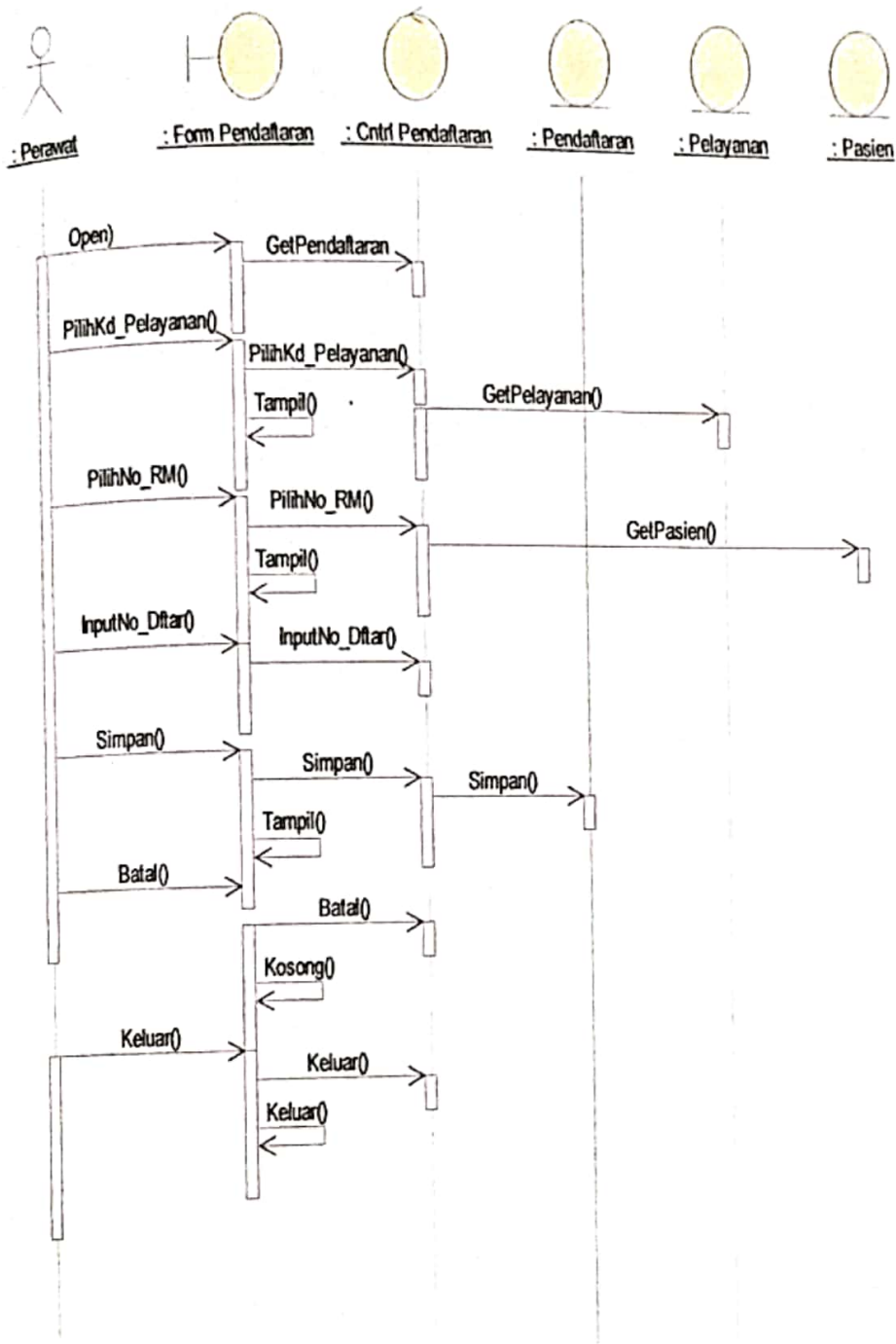
j) *Sequence Diagram Entry Pasien*



**Gambar 4.62**  
*Sequence Diagram Entry Pasien*

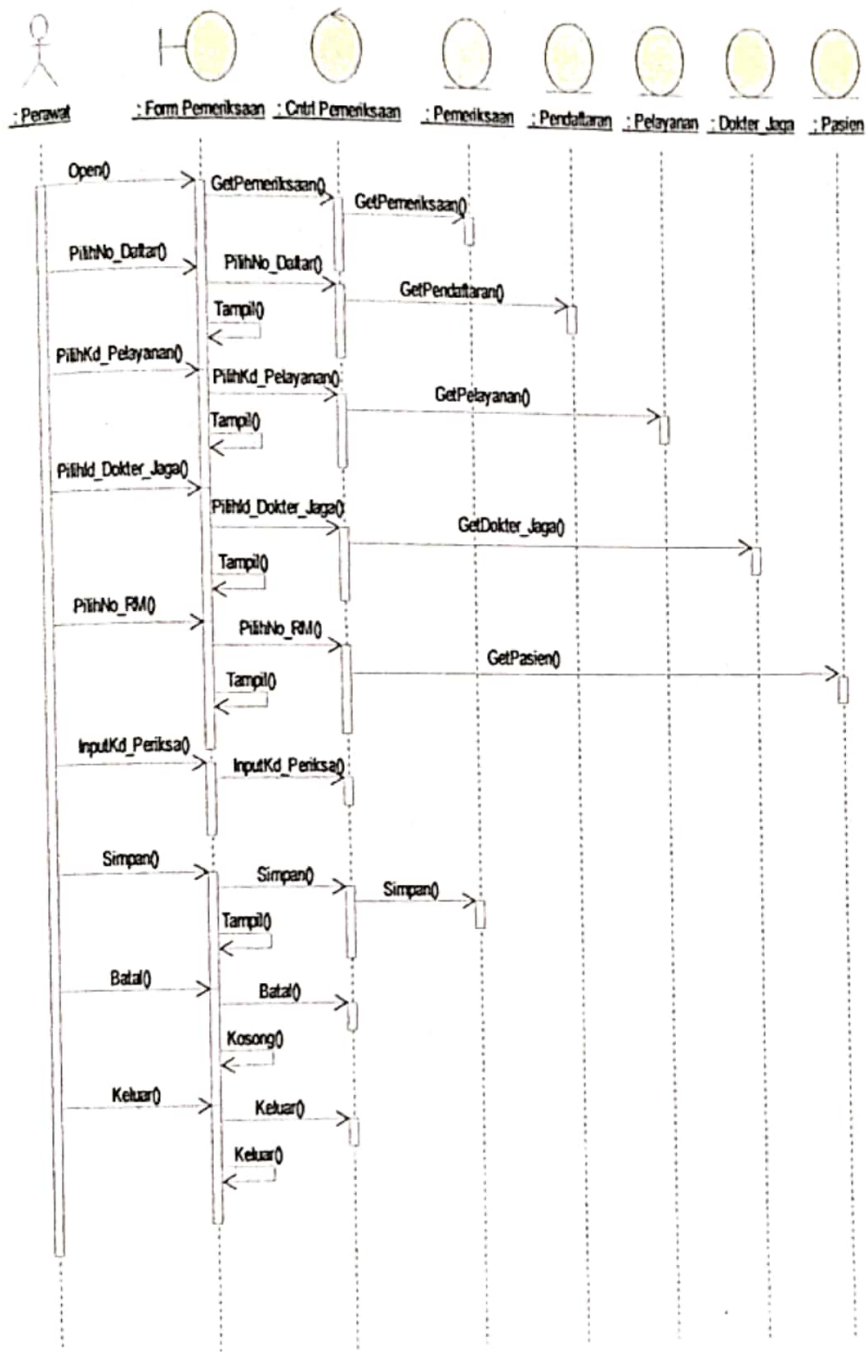


k) **Sequence Diagram Entry Pendaftaran**



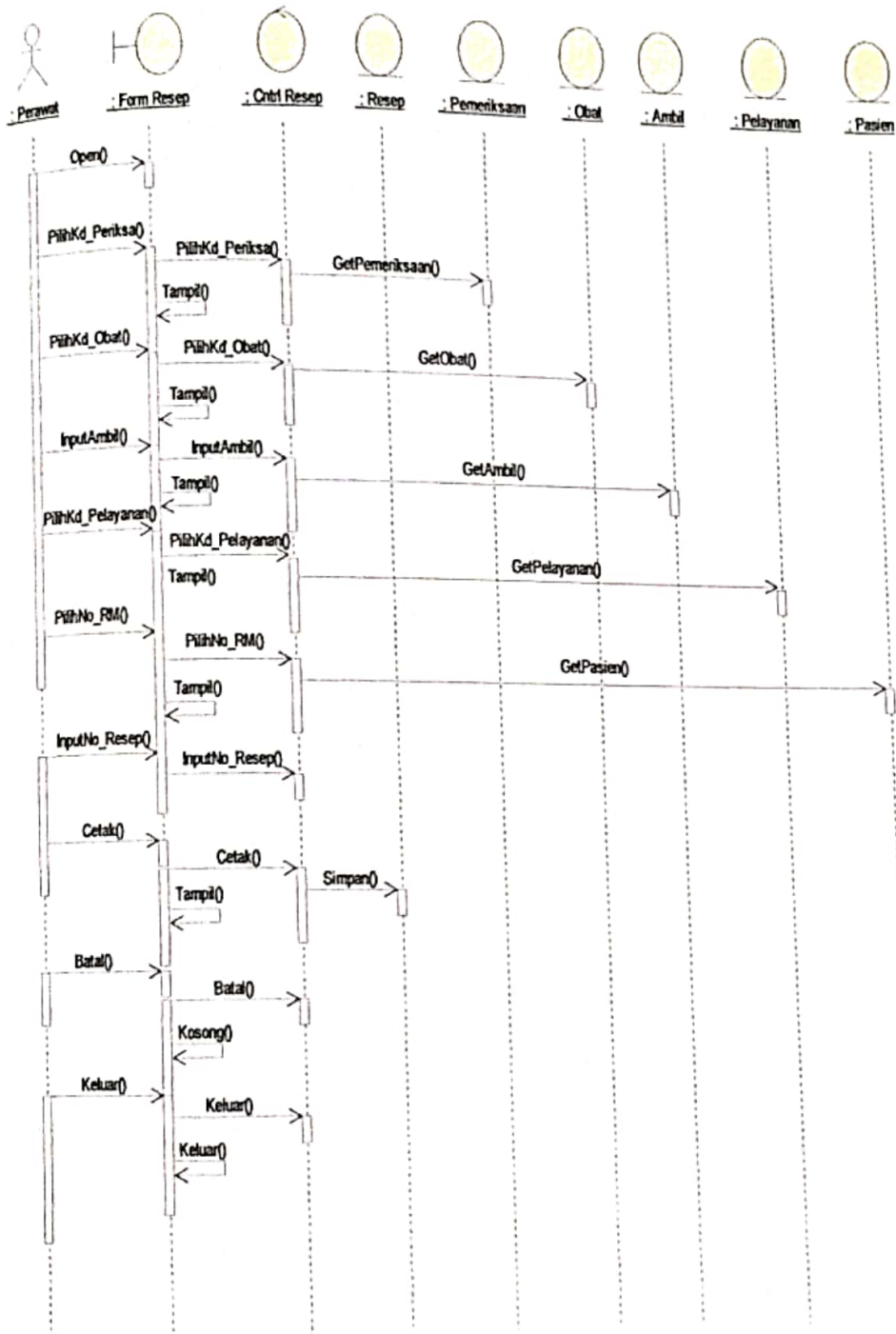
**Gambar 4.63**  
*Sequence Diagram Entry Pendaftaran*

# 1) Sequence Diagram Entry Pemeriksaan



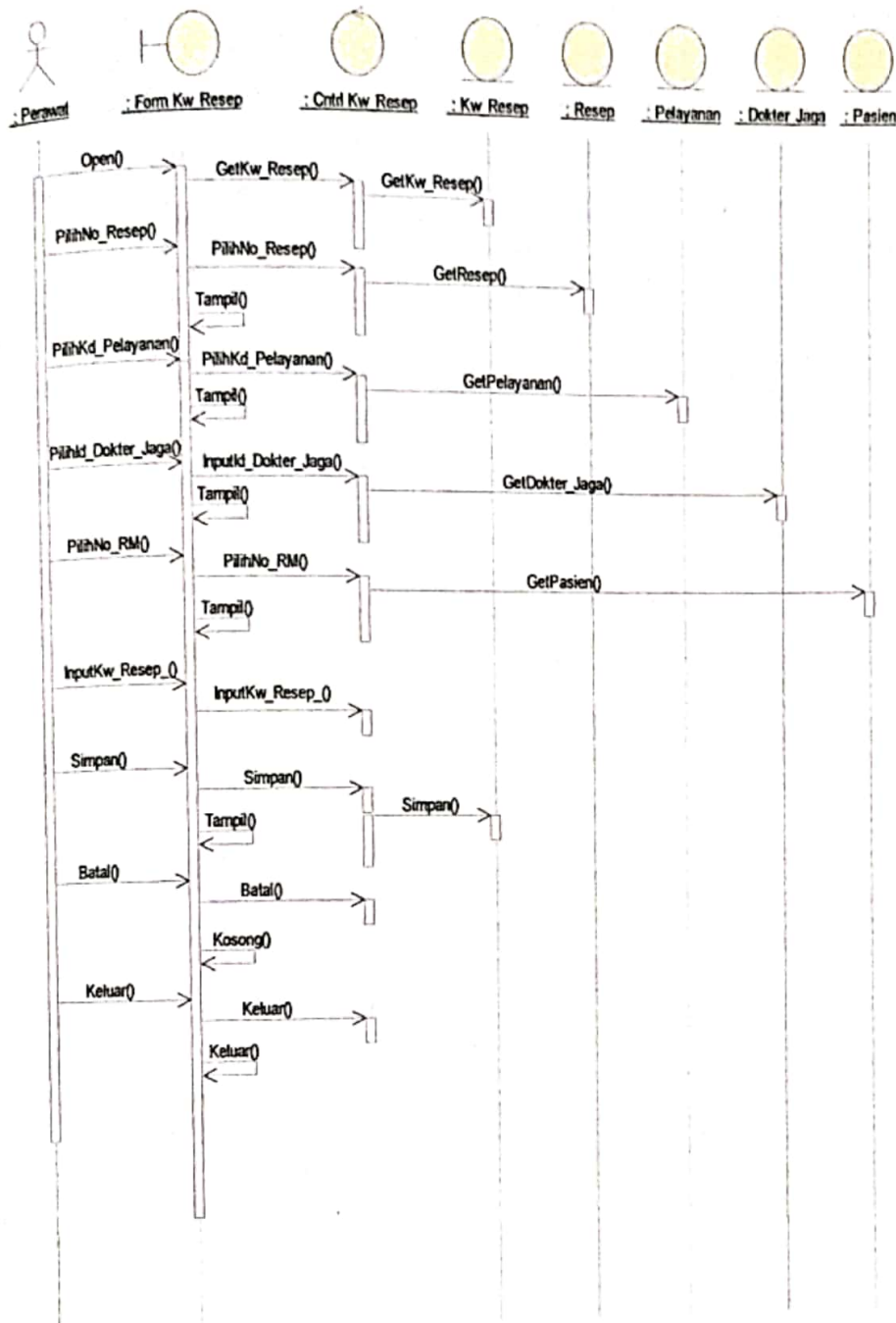
**Gambar 4.64**  
Sequence Diagram Entry Pemeriksaan

m) *Sequence Diagram Cetak Resep*



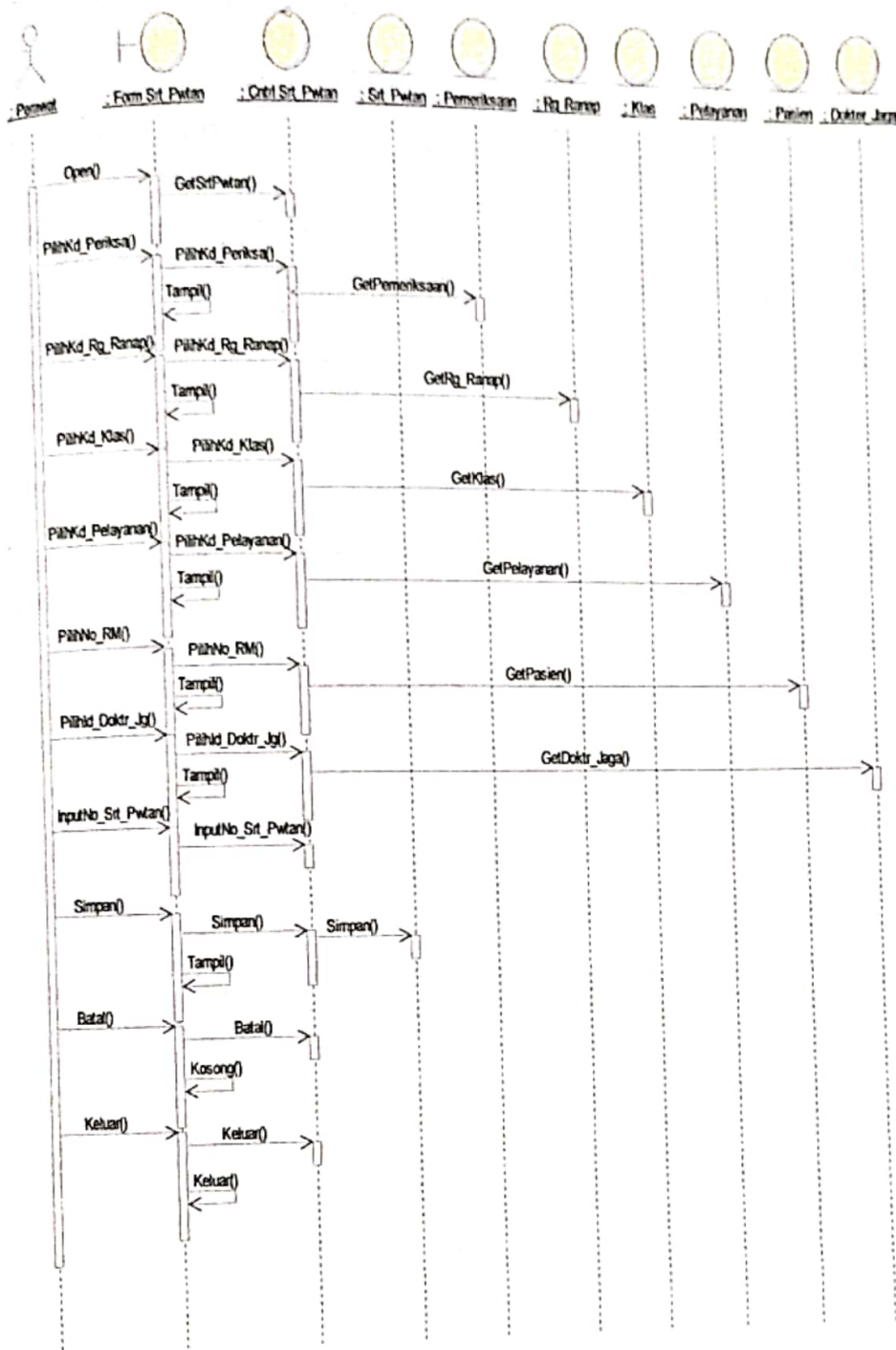
**Gambar 4.65**  
*Sequence Diagram Cetak Resep*

n) **Sequence Diagram Entry Kwitansi Obat**



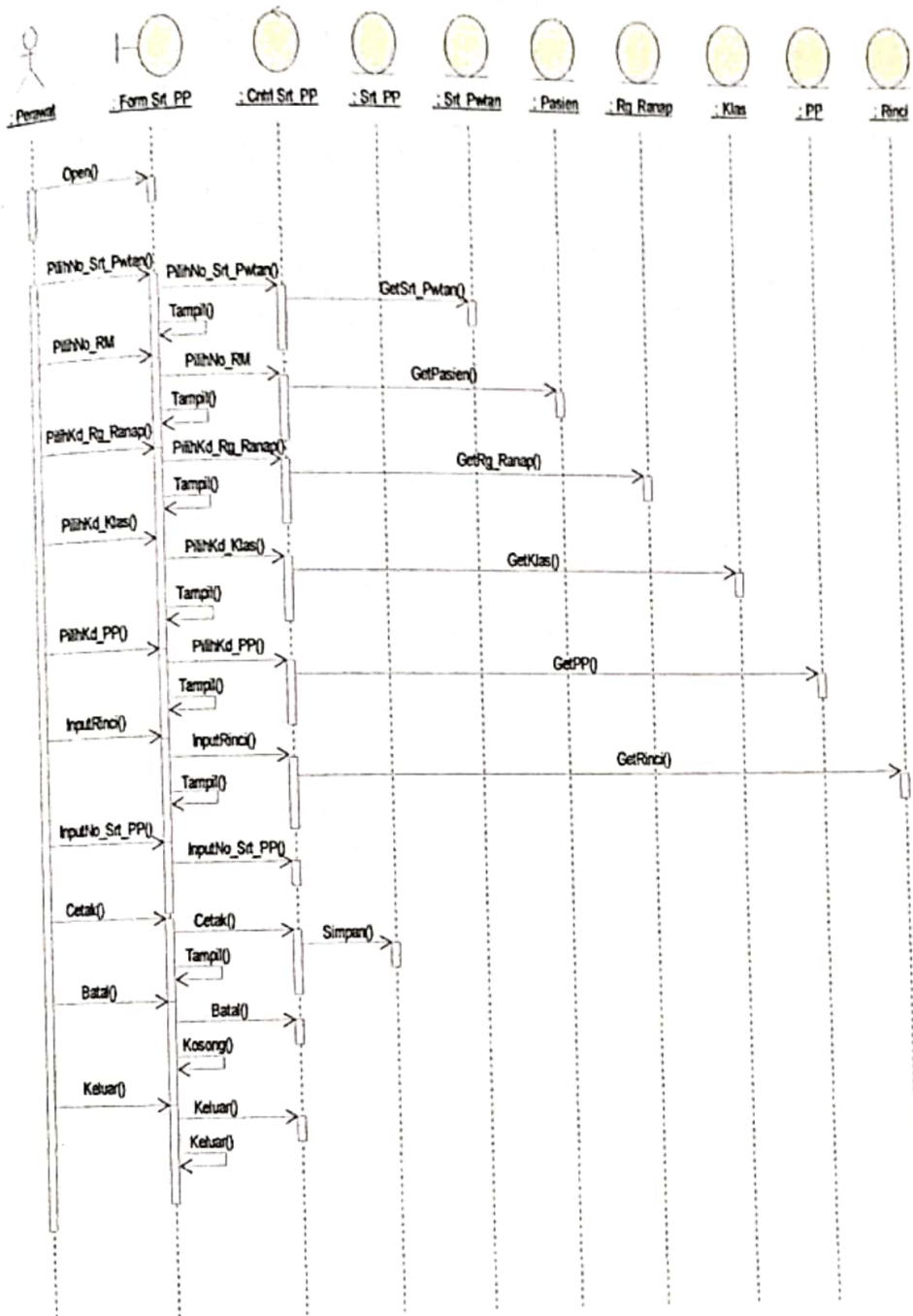
**Gambar 4.66**  
*Sequence Diagram Entry Kwitansi Obat*

o) **Sequence Diagram Entry Surat Perawatan**



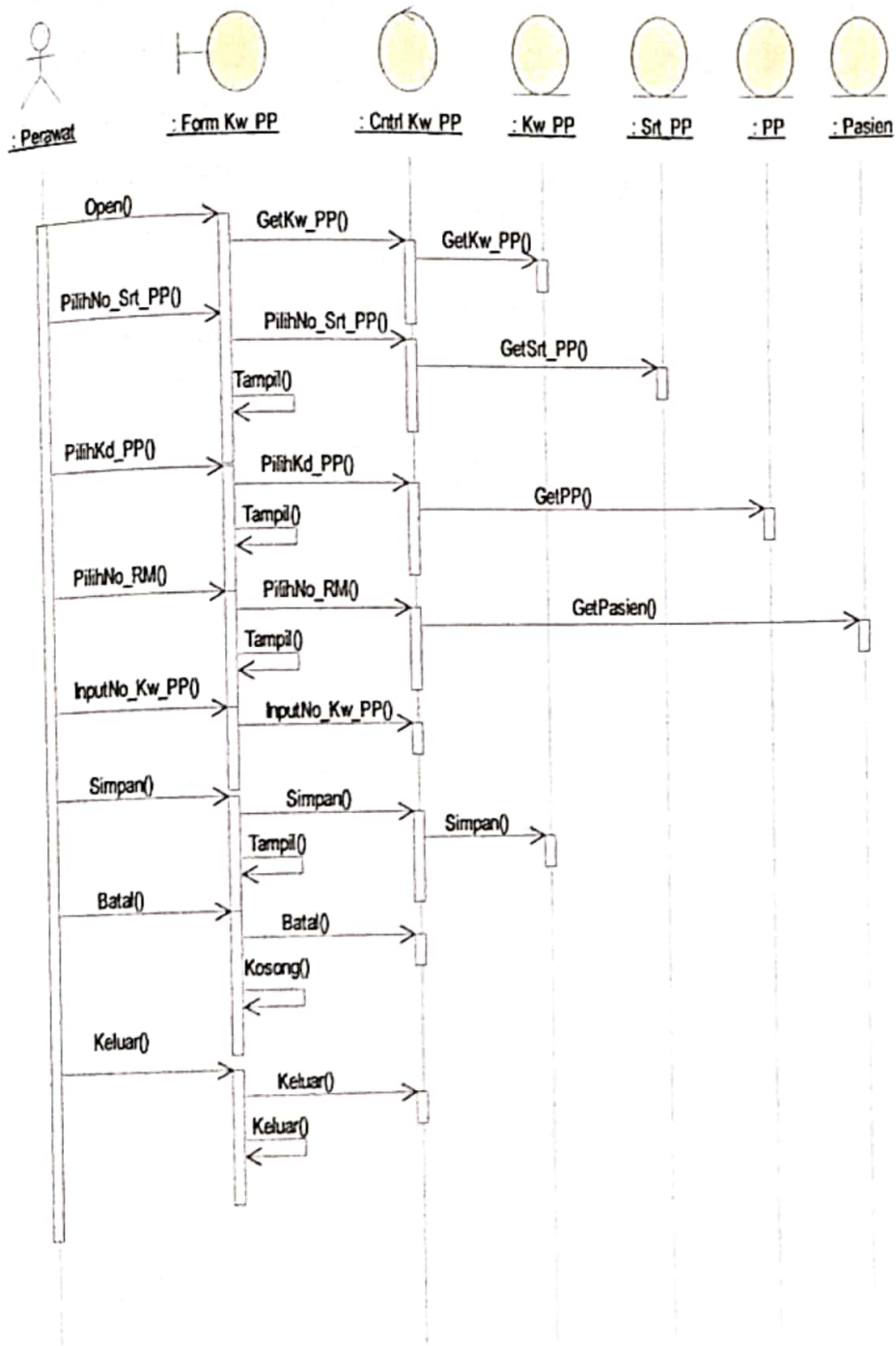
**Gambar 4.67**  
*Sequence Diagram Entry Surat Perawatan*

p) **Sequence Diagram Cetak Surat PP**



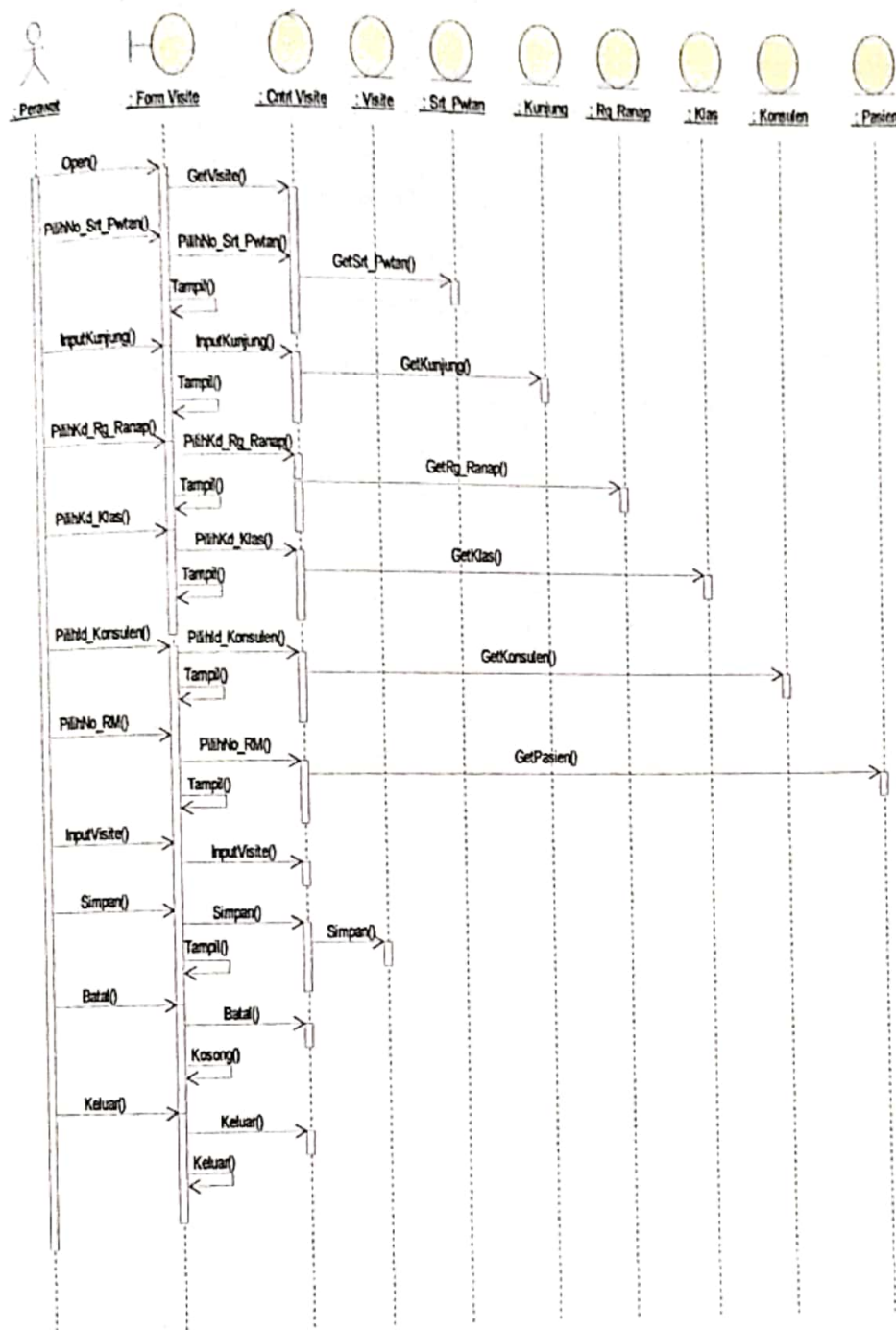
**Gambar 4.68**  
Sequence Diagram Cetak Surat PP

q) **Sequence Diagram Entry Kwitansi PP**



**Gambar 4.69**  
*Sequence Diagram Entry Kwitansi PP*

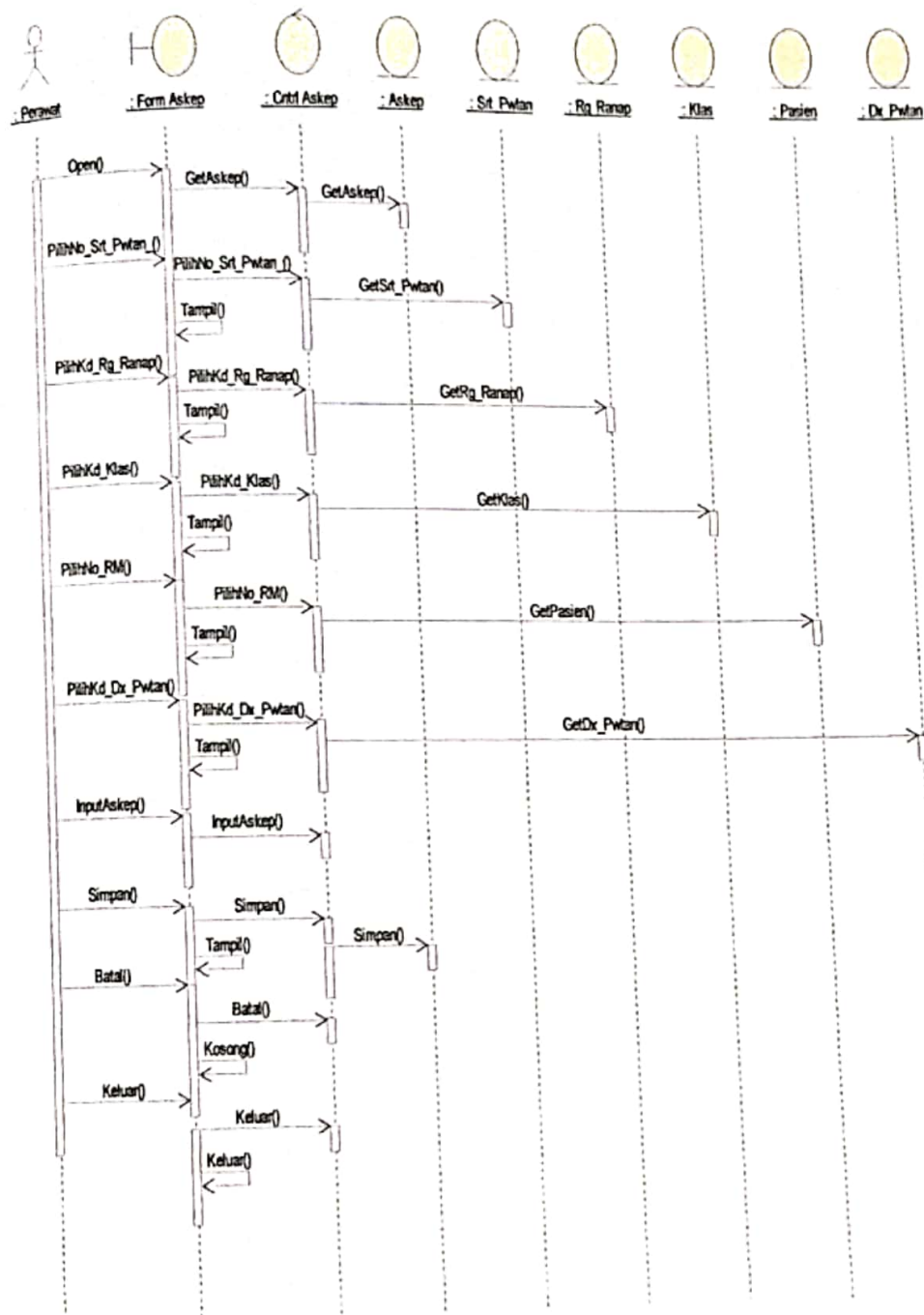
r) **Sequence Diagram Entry Visite**



**Gambar 4.70**  
*Sequence Diagram Entry Visite*

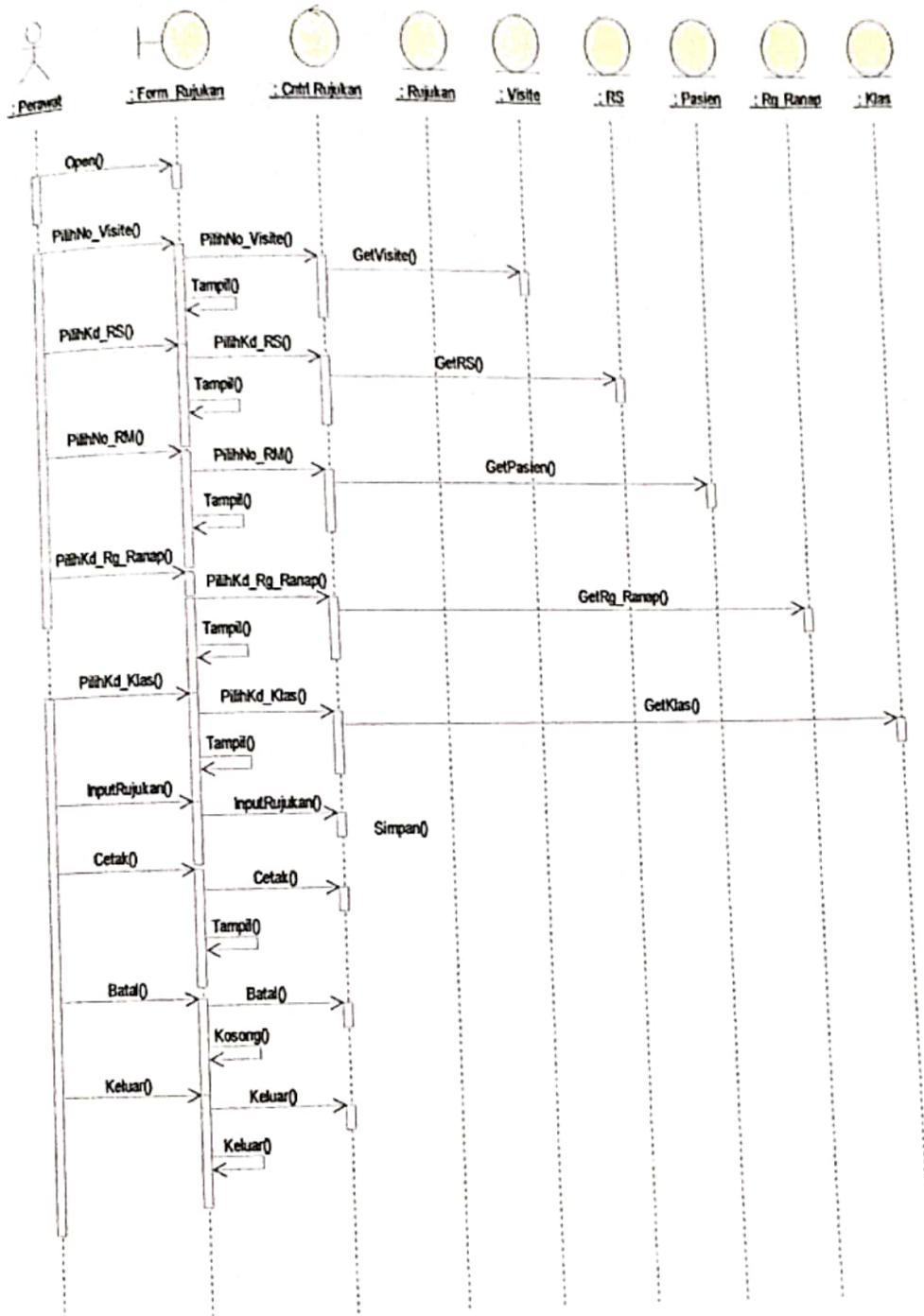


s) **Sequence Diagram Entry Askep**



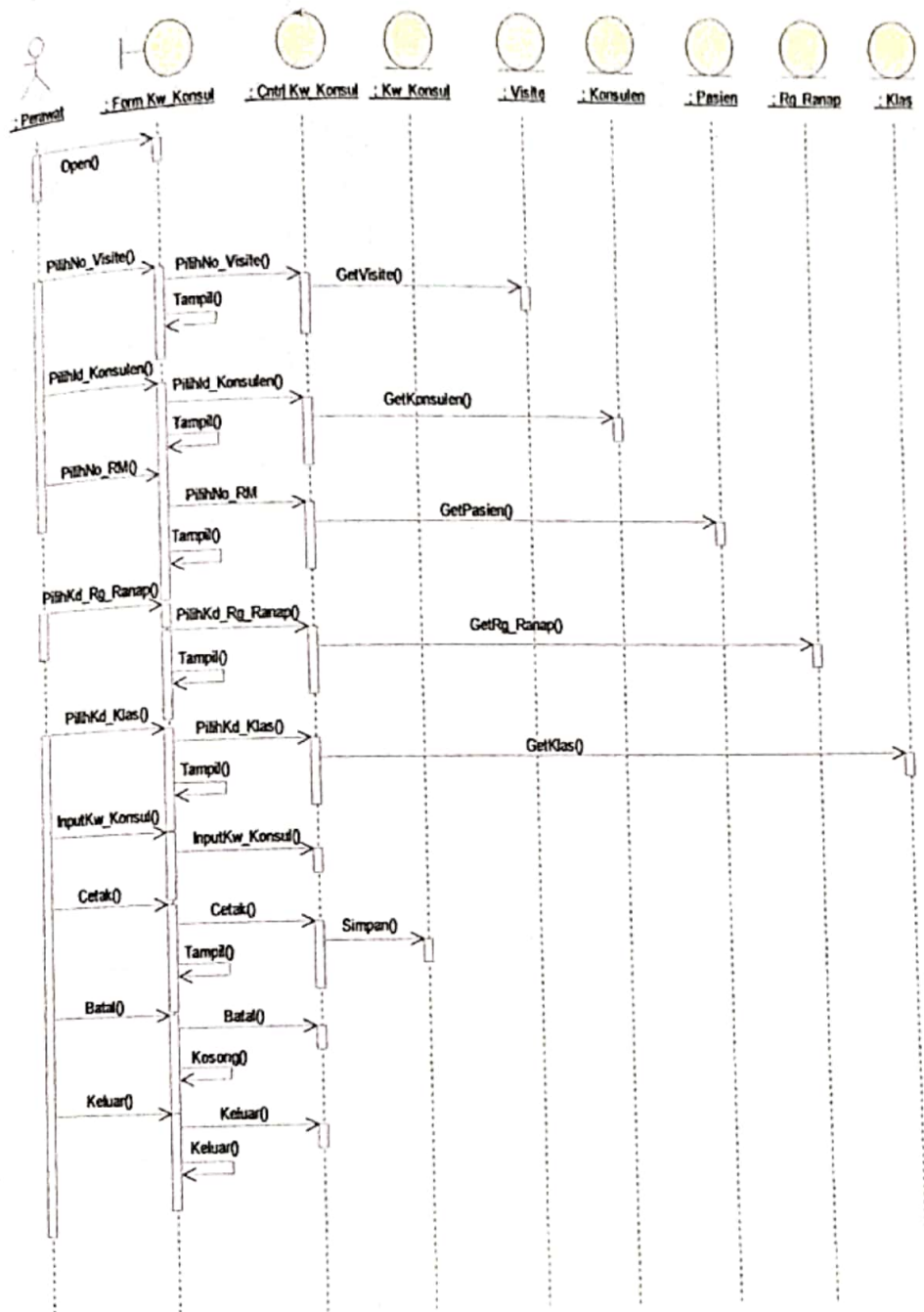
**Gambar 4.71**  
*Sequence Diagram Entry Askep*

1) **Sequence Diagram Cetak Rujukan**



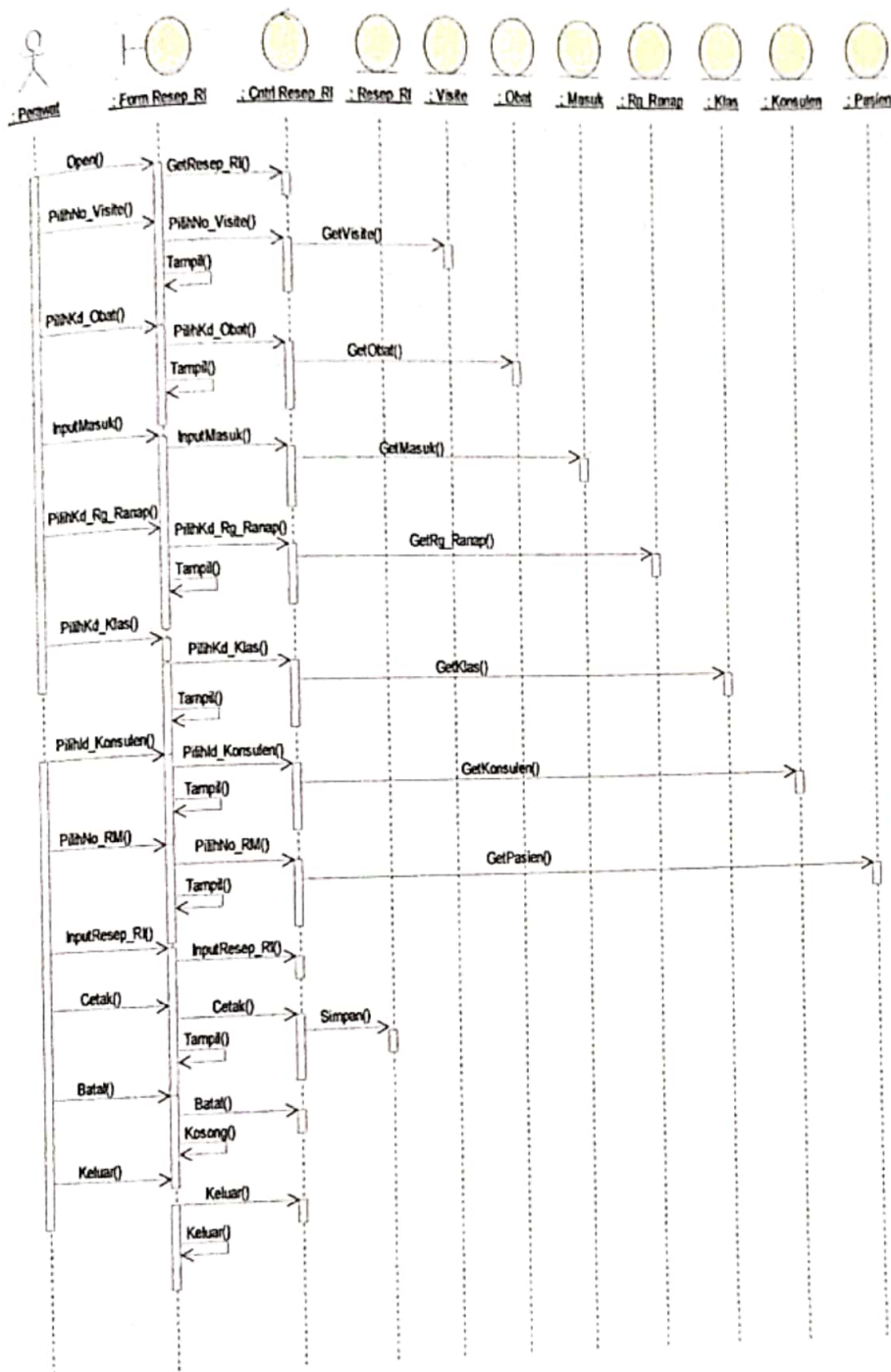
**Gambar 4.72**  
*Sequence Diagram Cetak Rujukan*

u) **Sequence Diagram Cetak Kwitansi Konsul**



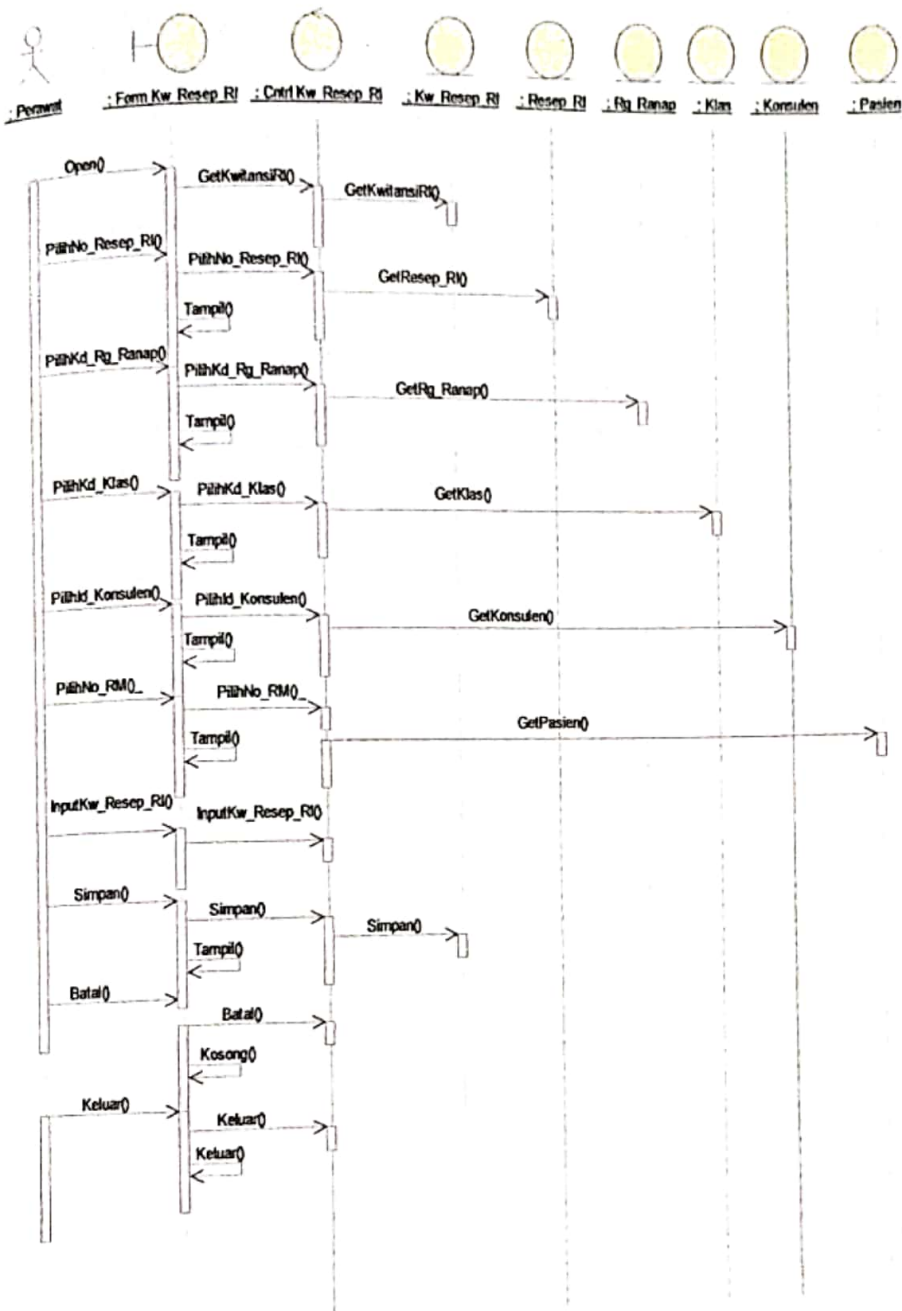
**Gambar 4.73**  
*Sequence Diagram Cetak Kwitansi Konsul*

v) **Sequence Diagram Cetak Resep RI**



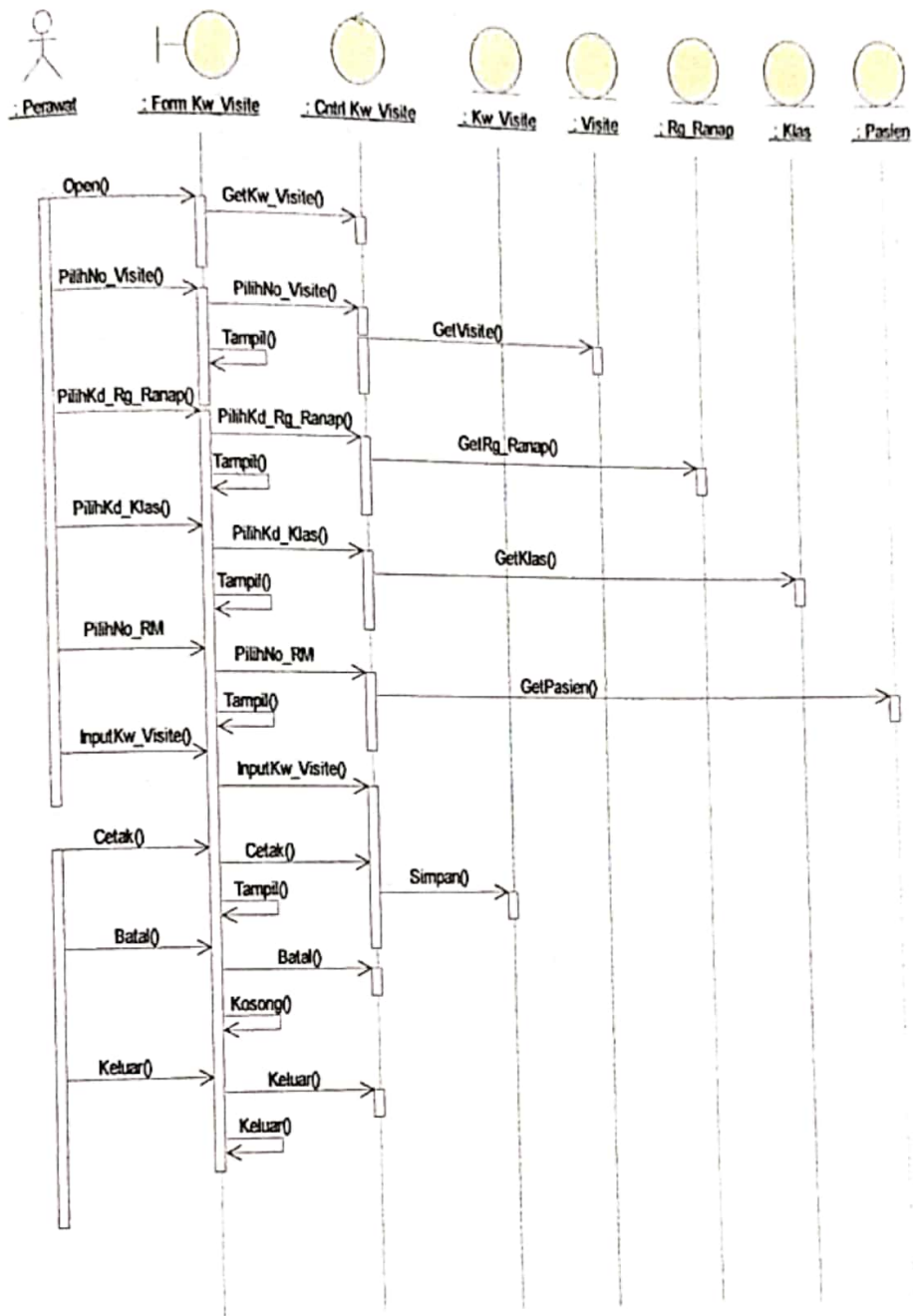
**Gambar 4.74**  
*Sequence Diagram Cetak Resep RI*

w) **Sequence Diagram Cetak Kwitansi Resep RI**



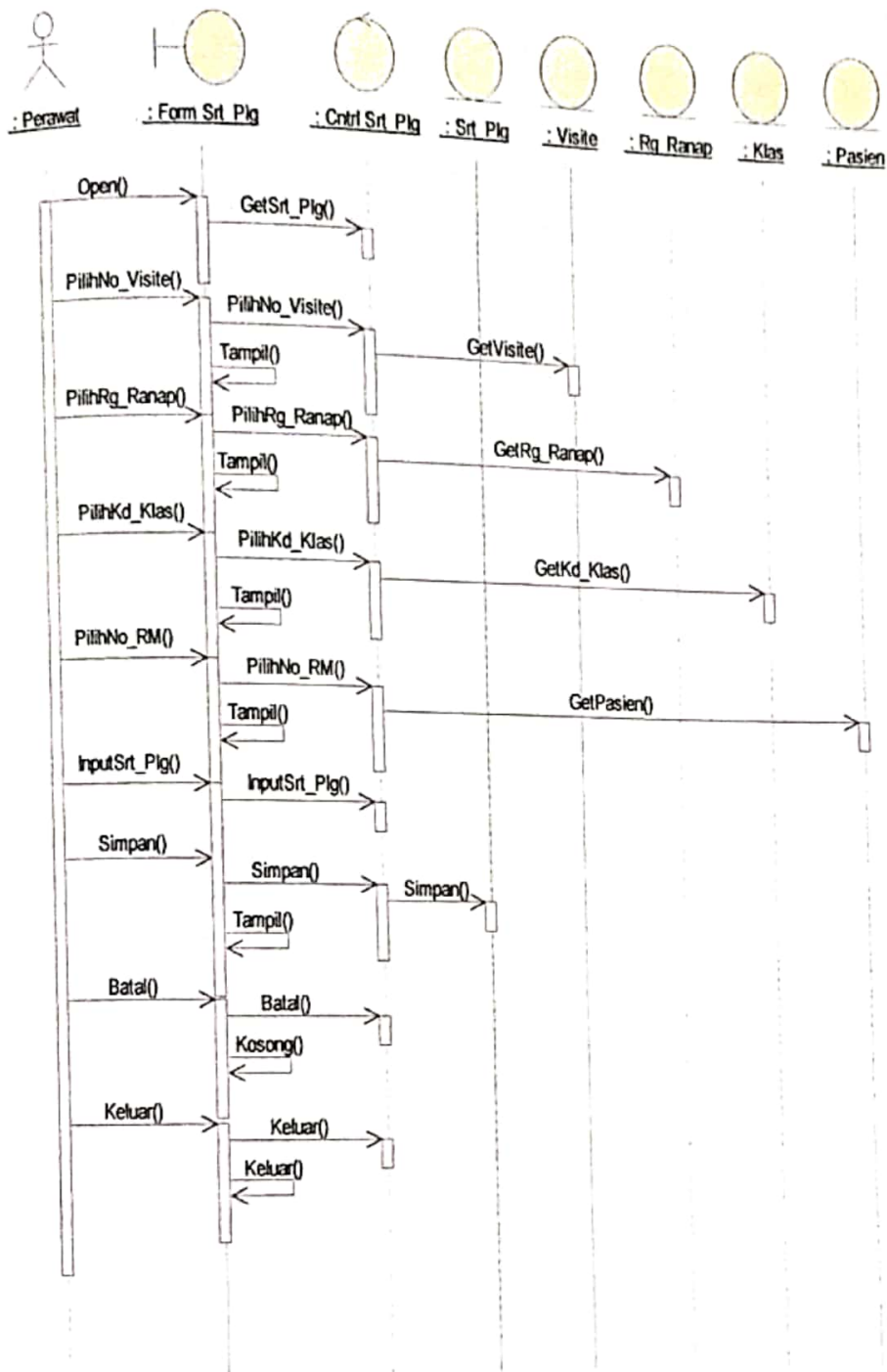
**Gambar 4.75**  
**Sequence Diagram Cetak Kwitansi Resep RI**

x) **Sequence Diagram Cetak Kwitansi Visite**



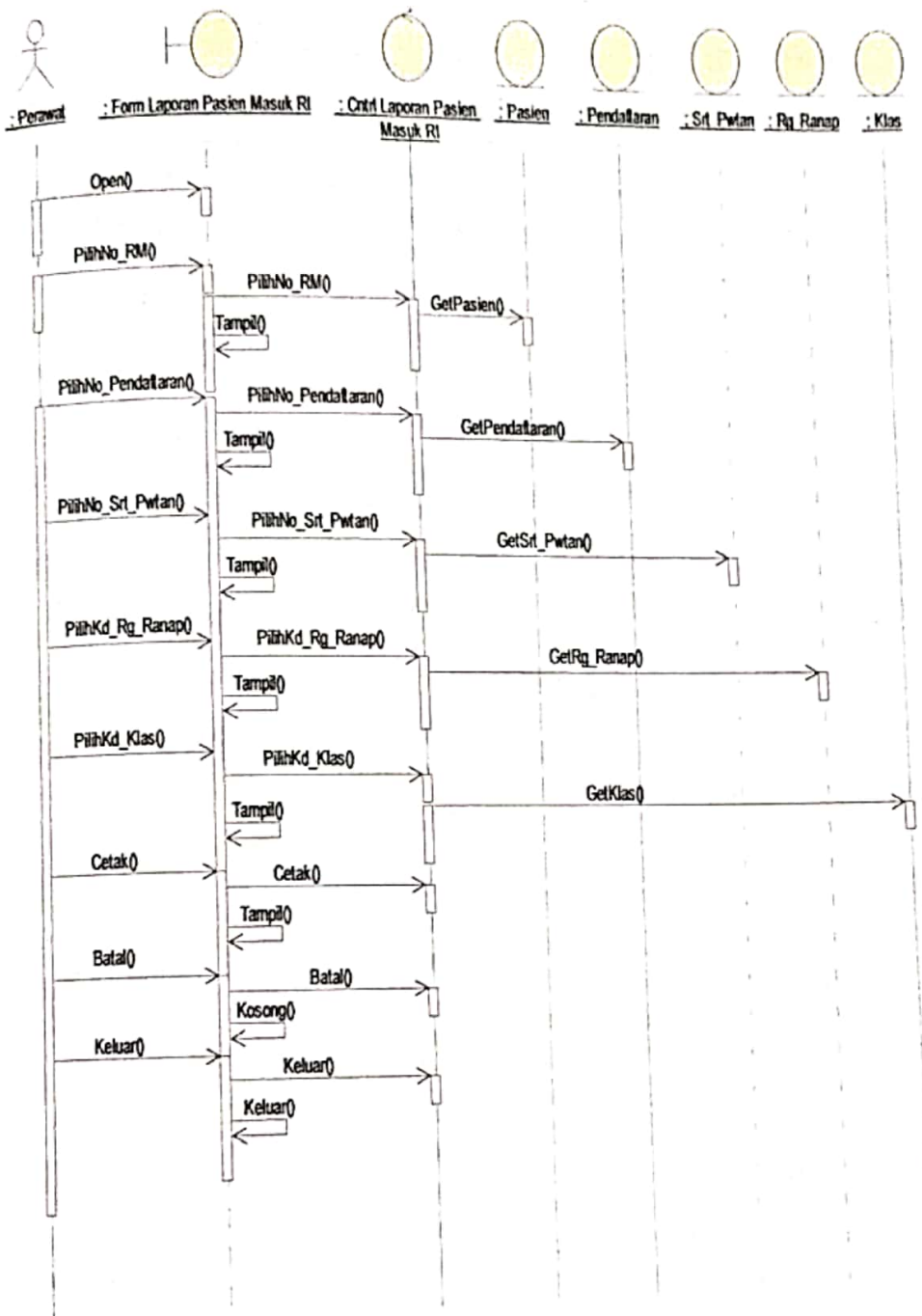
**Gambar 4.76**  
*Sequence Diagram Cetak Kwitansi Visite*

y) **Sequence Diagram Entry Surat Pulang**



**Gambar 4.77**  
*Sequence Diagram Entry Surat Pulang*

2) **Sequence Diagram Cetak Laporan Pasien Rawat Inap**



**Gambar 4.78**  
*Sequence Diagram Cetak Laporan Pasien Rawat Inap*