

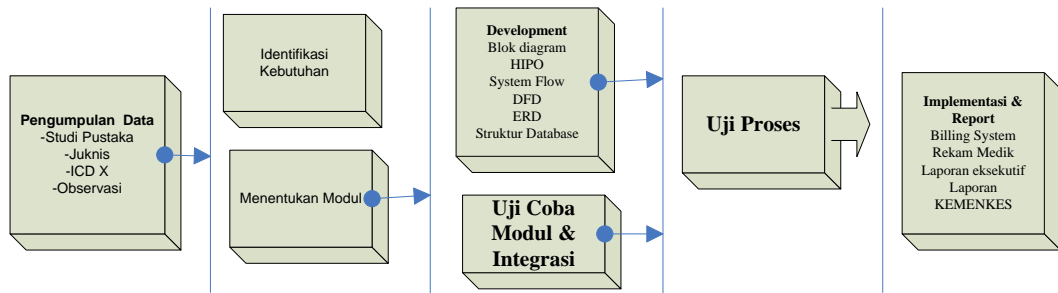
BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain dan Tahap Penelitian

Secara garis besar, langkah-langkah yang akan dilakukan dalam pembuatan perangkat lunak ini adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, dan studi literatur untuk mendukung pembuatan perangkat lunak.
2. Melakukan identifikasi kebutuhan fungsional dan nonfungsional rawat inap rumah sakit untuk dapat menentukan modul-modul pada sistem yang akan dibuat.
3. Melakukan perancangan desain sistem informasi rawat inap rumah sakit, membuat alur sistem dan desain database dari modul-modul yang sudah ditentukan.
4. Melakukan pembuatan sistem informasi rawat inap rumah sakit, melakukan uji coba pada tiap modul, dan proses integrasi antar modul.
5. Melakukan uji coba sistem *workload*/penugasan pada tiap karyawan rumah sakit untuk menguji coba sistem informasi rawat inap rumah sakit. Hasil uji coba ini akan dianalisis untuk mengetahui apakah sistem yang dibuat sudah sesuai dengan yang diharapkan.
6. Melakukan implementasi dan membuat laporan hasil penelitian.



Gambar 3.1 Kerangka Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan untuk merancang Sistem Informasi

Rawat Inap RSUD Bima adalah :

3.1.1. Studi Pustaka

Metode yang dilakukan dengan mengumpulkan data dan mempelajari konsep, teori serta materi dari buku serta literatur lainnya yang mengarah pada pemecahan masalah.

1. JUKNIS SIRS 2011 Sistem Informasi Rumah Sakit

Sebagai referensi dalam memahami konsep dan teori mengenai standarisasi sistem pelaporan rumah sakit berdasarkan keputusan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia no 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang sistem informasi rumah sakit 15 Juni 2011 dan telah diundangkan tertanggal 1 Juli 2011 di Jakarta.

2. WHO ICD X 2010

Sebagai referensi dalam memahami konsep dan teori mengenai pengkodean nama penyakit.

3.1.1. Observasi Lapangan

Melakukan penelitian dan pengumpulan data secara langsung dengan cara observasi dan survei lapangan terhadap Unit Rawat Inap RSUD Bima untuk

mendapatkan informasi mengenai konsep, teori dan gambaran sistem secara manual tentang pengolahan data-data transaksional unit rawat inap menjadi informasi yang dapat digunakan pihak eksekutif RSUD Bima.

Dari kegiatan wawancara dengan Ibu Larasati selaku Kepala Sub Bagian Rekam Medik dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada dasarnya kegiatan unit rawat inap di RSUD Bima masih bersifat manual. Mulai dari registrasi pasien pada saat pasien masuk, semua pencatatan registrasi masih manual dicatat pada buku besar registrasi,
2. Keseluruhan pada proses transaksi berdasarkan pada lembar rekam medik terdiri dari: anamnesis, lembar observasi perawat, rekaman pemberian obat, rekaman pemberian cairan, rekaman visit dokter, hingga resum perawatan dari tiap transaksi pasien perhari masih manual dicatat pada buku besar rawat inap.
3. Sedangkan *output* selama ini dihitung manual satu persatu, *output* yang berupa perincian biaya (*billing*) untuk pasien dicatat secara manual, mulai dari biaya kamar, biaya tindakan, biaya visit dokter, obat, dsb.

Sistem pelaporan yang ada pada RSUD Bima khususnya pada unit rawat inap masih tergolong manual. Dari data-data transaksional yang sudah disimpan selanjutnya diolah menjadi informasi berbentuk laporan yang selama ini menggunakan *Microsoft Excel*. Pelaporan ke KEMENKES juga yang berupa laporan dalam bentuk RL penghitungannya masih dilakukan secara manual.

3.2 Analisis Permasalahan

3.2.1 Identifikasi Masalah

Saat ini keadaan di Rumah Sakit Umum Daerah Bima khususnya pelayanan rawat inap secara keseluruhan masih bersifat manual dari hasil observasi dan wawancara dengan bagian rekam medik dan bagian rawat inap didapatkan informasi bahwa kegiatan pengelolaan data mulai dari pendataan pasien atau registrasi pasien, proses pencatatan rekam medik rawat inap perhari sampai dengan pembuatan laporan bagi pihak pasien, eksekutif maupun KEMENKES semua proses dilakukan secara manual.

Pada saat status pasien masih bersifat pasien pasien baru, maka harus melakukan proses registrasi dengan diberikan formulir pendaftaran oleh petugas, kemudian formulir pendaftaran tersebut diisi oleh petugas di buku registrasi pasien dengan cara menulis satu demi satu, waktu yang dibutuhkan pada saat pendataan (± 15 menit). Redudansi data juga sering terjadi pada bagian rekam medik di saat registrasi pasien lama, pasien dapat memiliki lebih dari 1 nomor rekam medik pada saat registrasi hal ini terjadi apabila pasien kehilangan kartu pendaftaran sehingga menyusahkan dalam pencarian *history* rekam medik pasien dan dibuatkanlah data pasien baru

Pada saat proses transaksi perhari data kegiatan pelayanan rawat inap pasien yang dicatat dalam dokumen medik pasien rawat inap yang berisi data tentang: identitas pasien, cacatan medis, catatan keperawatan, catatan visite dokter, catatan penggunaan obat-obatan, catatan pemeriksaan penunjang, data cara keluar, diagnosa masuk dan diagnosa keluar, kelas perawatan, kematian < 48 jam dan kematian >48 jam, namun tidak semua data yang tersedia di dokumen

rekam medik pasien dimasukkan dalam buku besar rawat inap. Hal ini dikarenakan banyaknya item yang harus di masukan sehingga tidak mencukupi jika direkap ke buku besar rawat inap. Data yang dimasukkan dalam buku besar rawat inap, digunakan sebagai acuan untuk menghasilkan informasi guna mendukung keputusan manajemen dalam merencanakan, mengorganisasikan, mengendalikan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan rawat inap.

Proses rekap data rekam medik khususnya transaksi ruang rawat inap ke buku besar masih dilakukan secara *manual*. Berdasarkan wawancara yang dilakukan, pihak rekam medik mengakui membutuhkan buku yang lebih besar untuk mengolah data rekam medik dan dibutuhkan waktu 3-4 hari untuk mengelola data bulanan. Pendapat ini didukung oleh hasil observasi terhadap proses penghitungan laporan Indikator Pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk *Ms.Excel* dari hasil observasi diperoleh informasi, yaitu: data yang dimasukkan pada buku besar rekam medik, diproses/direkap dengan cara menghitung satu demi satu untuk menghasilkan informasi yaitu: BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), BTO (*Bed Turn Over*), NDR (*Net Death Rate*), GDR (*Gross Death Rate*) diagnosa medis. Informasi ini dilaporkan setiap tahunnya dengan menggunakan *Microsoft Excel*.

Masalah lain yang dihadapi oleh pihak rumah sakit adalah kesulitan membuat laporan bulanan secara berkala. Laporan yang akan dibuat diklasifikasikan menjadi bagian

1. Laporan untuk Pasien (*Billing System*)

Laporan untuk pasien berupa jumlah biaya berdasarkan perawatan yg diberikan setelah pasien keluar dari rumah sakit. Perincian biaya masih

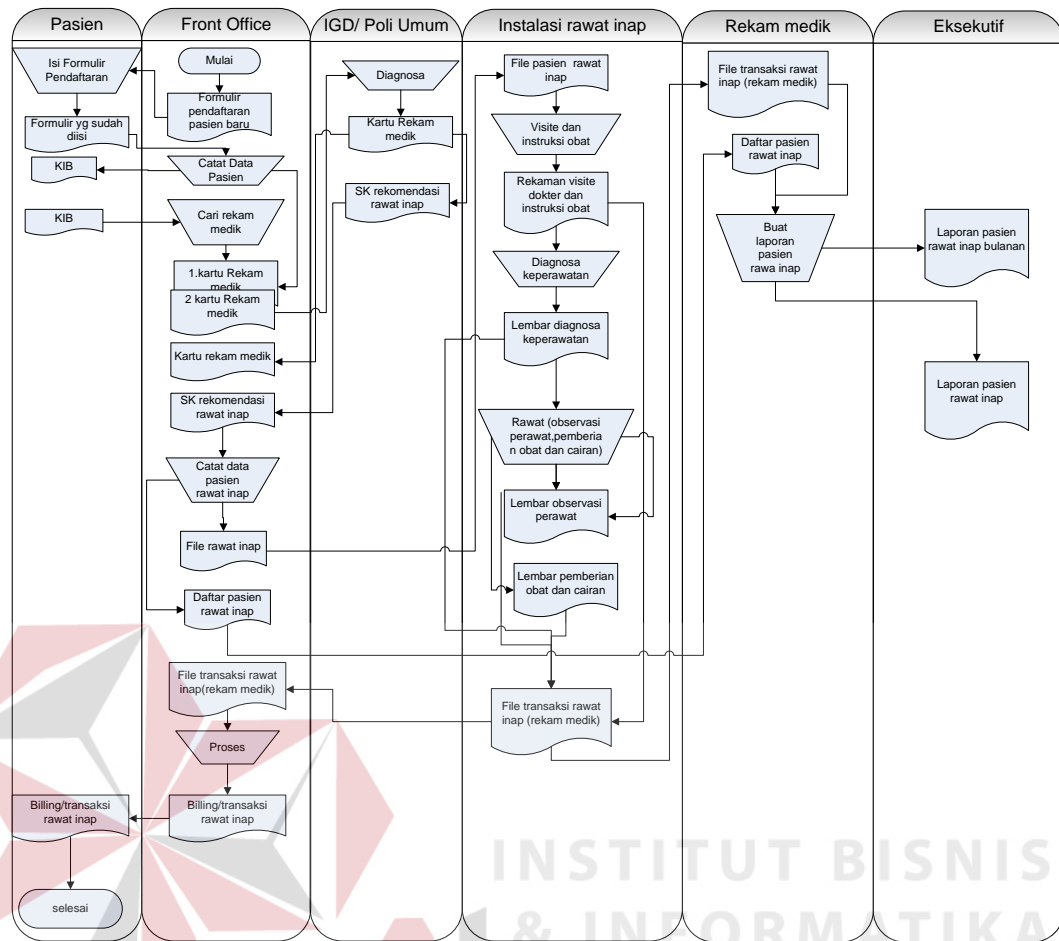
dimasukan secara *manual* direkap ulang dari rekam medik mulai dari pengisian identitas pasien, rincian biaya (biaya kamar, biaya tindakan, visit dokter, laboratorium, obat-obatan dan cairan yang digunakan) sampai penjumlahan biaya akhir.

2. Laporan Eksekutif Rumah Sakit

Laporan ini diberikan ke pihak eksekutif rumah sakit dan penghitungannya selama ini menggunakan *Microsoft.Excel*. Penghitungan yang dilakukan secara satu-satu dari data rekam medik. Hal ini ini jelas kurang efektif karena selain membutuhkan waktu yang lama (2-4 hari untuk membuat laporan bulanan) dan pada saat manajer membutuhkan informasi tidak bisa disediakan secara *realtime* karena membutuhkan waktu proses yang lama dan *output* yang dihasilkan

3. Laporan untuk KEMENKES.

Laporan untuk KEMENKES laporan dalam bentuk Sistem Informasi Rumah Sakit mulai dari Laporan Data Kegiatan Rumah Sakit (RL 1) sampai dengan Laporan Data (RL 5), selama ini pelaporan yang diberikan masih diisi secara manual. Data direkap satu persatu dari rekam medik pasien tiap bulannya, hal ini jelas selain membutuhkan waktu juga membuat petugas rekam medik harus memasukan data secara berulang-ulang karena belum menggunakan *database* sehingga dapat menyebabkan redudansi data yang akan menimbulkan masalah pada *update* data instalasi unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima.



Gambar 3.3 Document Flow Rawat Inap RSUD Bima

Dari hasil uraian masalah hasil dari wawancara, observasi dan *document flow* di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa RSUD Bima khususnya bagian rawat inap membutuhkan suatu sistem informasi rumah sakit yang dapat membantu pada saat registrasi pasien, rekap data dari rekam medik sampai dengan yang mampu menghasilkan laporan berupa jumlah biaya ke pasien dan laporan eksekutif yang terdiri dari laporan : laporan indikator pelayanan rumah sakit, informasi pembayaran perbulan dan laporan ke KEMENKES yang terdiri dari Laporan Formulir Indikator Pelayanan Rumah Sakit (Formulir RL 1.2), Formulir Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap (Formulir RL 1.3), Data Kegiatan Pelayanan Rawat Inap (Formulir RL 3.1), Formulir Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat

Inap (Formulir RL4), Formulir Pengunjung Rumah Sakit (Formulir RL 5.1), Formulir RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (Formulir RL 5.3).

Dengan adanya Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima ini diharapkan dapat bermanfaat bagi RSUD Bima untuk mengolah data pasien, mengestimasi biaya pasien, menghasilkan *billing* pasien dan menghasilkan informasi yang menjadi laporan untuk pihak eksekutif rumah sakit maupun KEMENKES.

3.3 Rancangan Sistem

Setelah mengumpulkan pengumpulan data dan hasil analisis yang telah dilakukan terhadap permasalahan yang dihadapi oleh unit rawat inap di RSUD Bima, maka selanjutnya dapat diusulkan suatu rancangan sistem berbasis web yang mampu mengestimasi biaya awal, registrasi pasien, rekap data transaksi rekam medik dan pelaporan ke pasien, pihak eksekutif dan KEMENKES, sehingga dapat dimanfaatkan untuk pada saat transaksi pada unit rawat inap RSUD Bima. Dengan demikian, diharapkan permasalahan yang sering dihadapi oleh RSUD Bima khususnya unit rawat inap dapat teratasi.

Dalam merancang sistem ini ada beberapa tahap yang akan dilakukan, yaitu:

1. Blok Diagram
2. *System Flow*
3. *Hierarchy Input Proses Output* (HIPO)
4. *Data Flow Diagram* (DFD)
5. *Entity Relational Diagram* (ERD)
6. Struktur *Database*

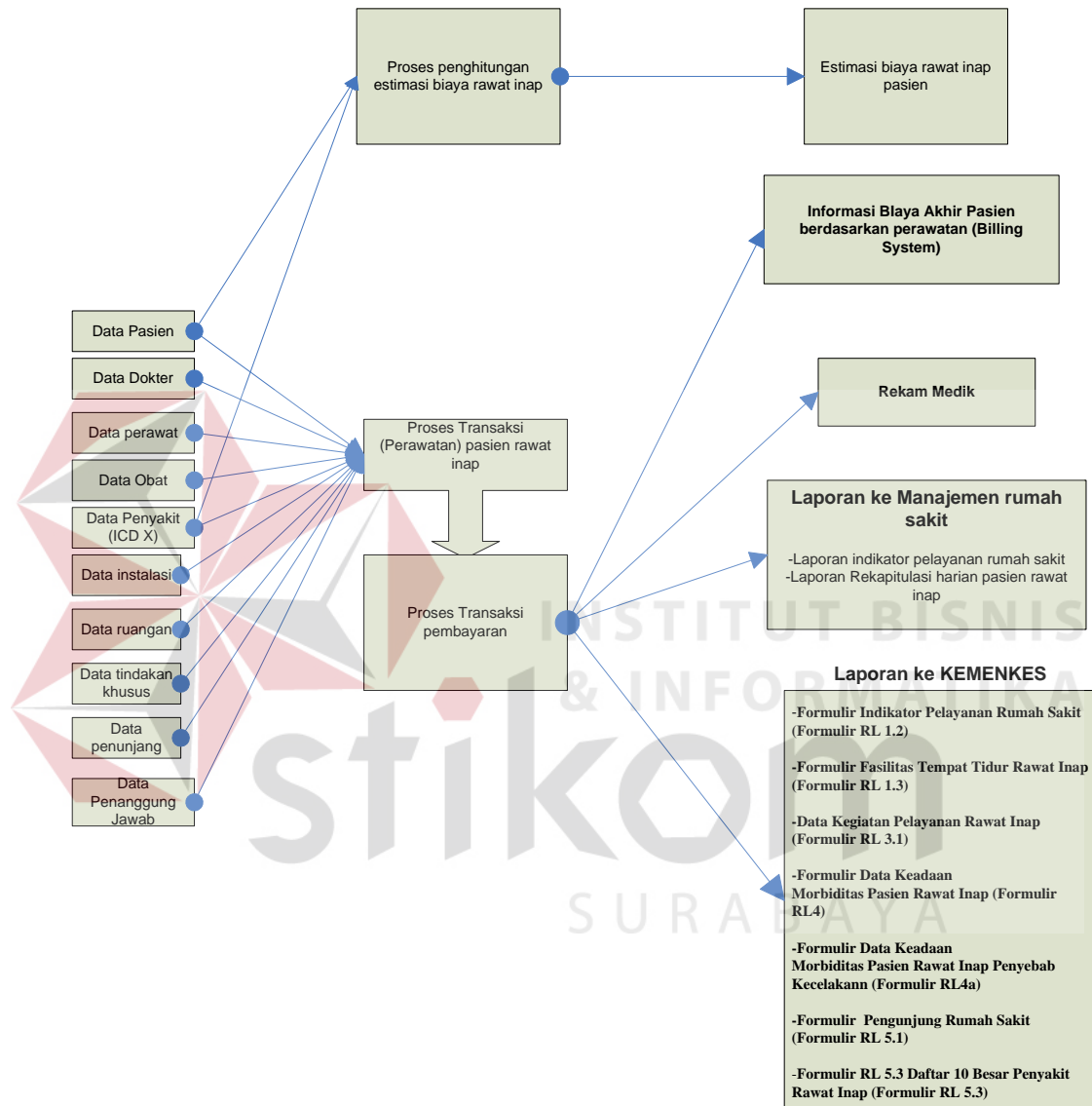
A. Blok Diagram

Berikut adalah blok diagram dari Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima. Blok diagram ini menjelaskan tentang masukan sistem seperti : data pasien, data dokter, data perawat, data obat, data penyakit (ICD X), data instalasi, data ruangan, data tindakan khusus, penanggung jawab dan data penunjang.

Proses pada sistem informasi ini adalah proses menyimpan rekam medik pasien, penghitungan biaya estimasi pasien, penghitungan biaya akhir pasien, penghitungan rekapitulasi dan indikator pelayanan pasien rawat inap bagi pihak eksekutif serta penghitungan laporan Formulir RL Rawat inap ke pihak KEMENKES.



Block Diagram Sistem Informasi Rawat Inap



Gambar 3.4 *Input Process Output* (IPO) Sistem Informasi RSUD Bima

Output yang dihasilkan terbagi menjadi tiga pihak, pasien, eksekutif dan KEMENKES. Pihak pasien akan menerima estimasi biaya awal pada saat pasien registrasi masuk rawat inap dan pasien akan menerima biaya akhir perawatan rawat inap (*billing*) berdasarkan perawatan yang diberikan. Pihak KEMENKES

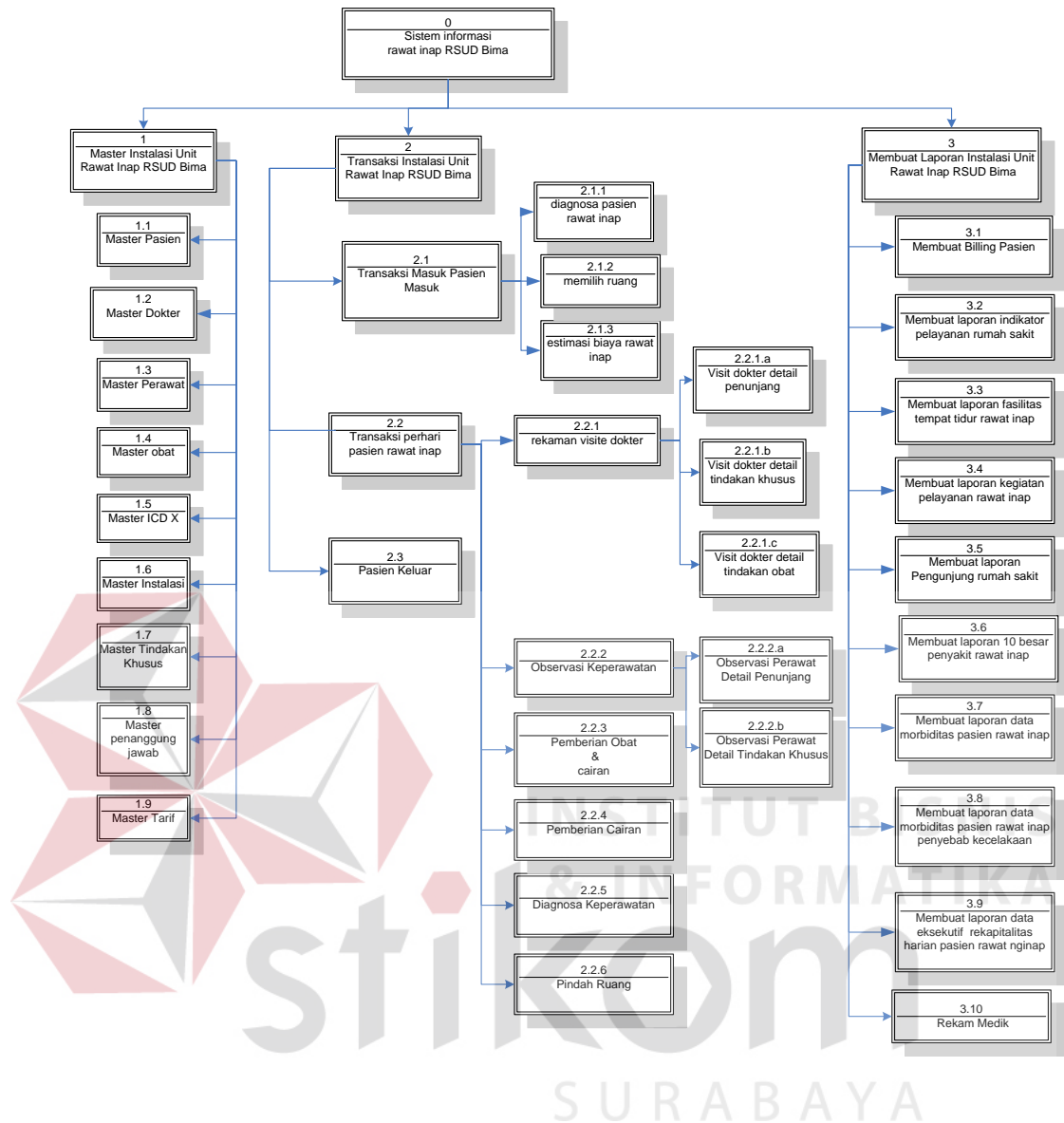
menerima laporan Formulir Indikator Pelayanan Rumah Sakit (Form RL 1.2), Formulir Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap (Form RL 1.3), Form Data Kegiatan Pelayanan Rawat Inap (Form RL 3.1), Formulir Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap (Form RL 4), Formulir Pengunjung Rumah Sakit (Form RL 5.1), Formulir Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (Form RL 5.3). Sedangkan pihak eksekutif rumah sakit menerima Laporan Form Rekapitulasi Harian Pasien Rawat Inap dan Formulir Indikator Pelayanan Rumah Sakit.

B. System Flow

System Flow pada Gambar 3.5 menggambarkan proses sistem pada Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima. *System Flow* ini dimulai dengan halamandari proses registrasi pasien rawat inap, proses estimasi biaya rawat inap, visit dokter, observasi perawat, diagnosa keperawatan, pindah ruang, pemberian obat, cairan, rekam medik, *billing*, hingga laporan. (Lampiran 3)

C. Hierarchy Input Proses Output

Hierarchy Input Proses Output (HIPO) yang disebut juga diagram berjenjang digunakan untuk menggambarkan seluruh proses dari tingkat (*level*) dan kelompok proses yang terlibat dalam proses master data unit instalasi rawat inap, transaksi unit instalasi rawat inap, membuat laporan unit instalasi rawat inap yang ditunjukkan dengan *context diagrams* sampai DFD Level 1 dan menunjukkan sub-sub proses dari *context diagram*. HIPO dari sistem informasi rawat inap RSUD Bima dapat dilihat pada Gambar 3.6.



Gambar 3.6 Diagram Berjenjang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah
Bima

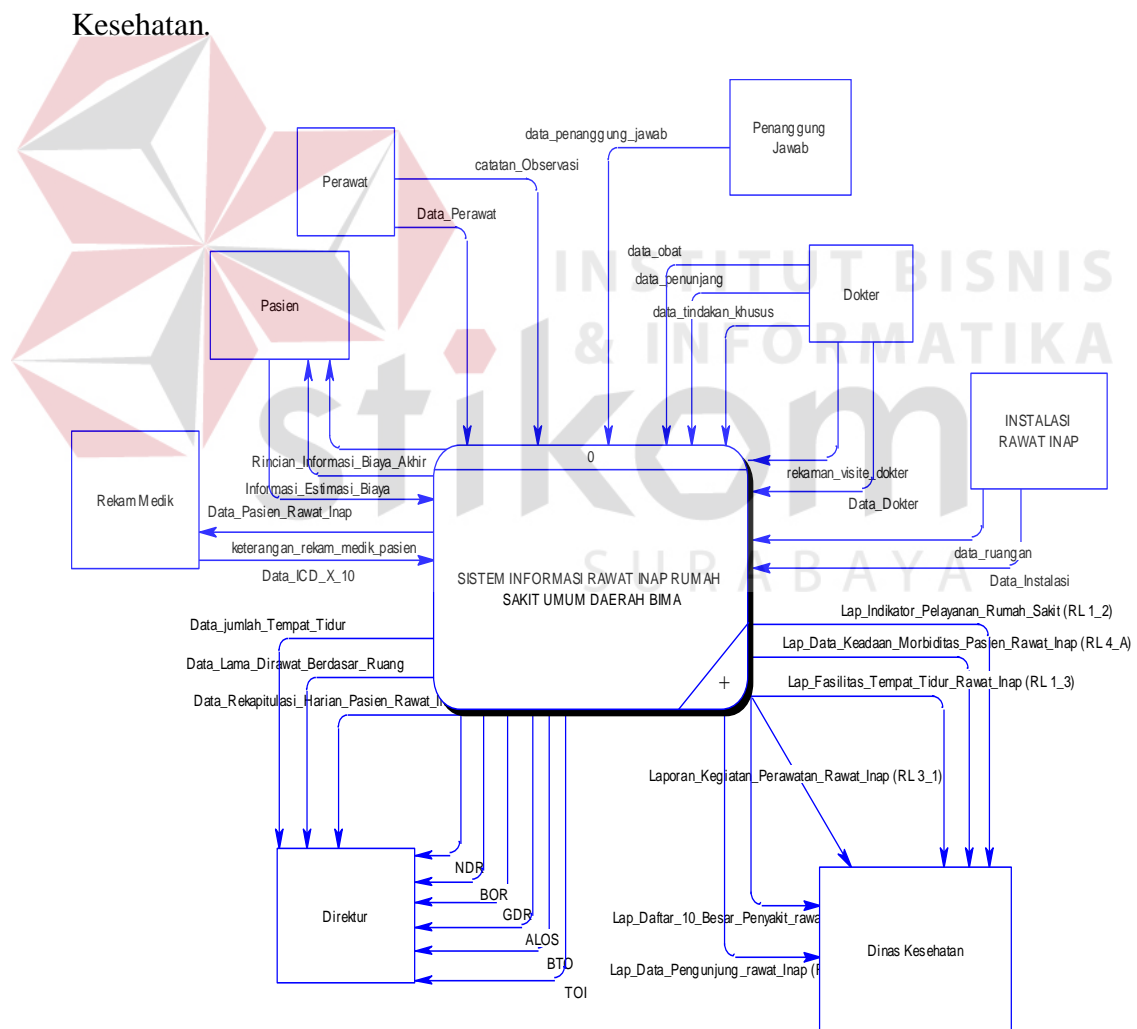
D. Data Flow Diagram (DFD)

Data Flow Diagram merupakan diagram yang menggunakan notasi-notasi untuk menggambarkan arus data dan sistem secara logika. Keuntungan menggunakan DFD adalah memudahkan pemakai yang kurang menguasai bidang komputer untuk mengerti sistem yang dikembangkan proses aliran data yang terjadi pada sistem dari tingkat tertinggi sampai tingkat terendah.

Pengembangan alur sistem dilakukan dengan membagi sistem yang kompleks menjadi subsistem yang lebih sederhana dan mudah dimengerti. Adapun *dataflow diagram* dari Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima digambarkan dalam tingkat-tingkat tertentu yaitu:

A. Context Diagram

Context diagram ditunjukkan pada gambar, dimana terdapat delapan *entity* yang berhubungan dengan sistem, yaitu Pasien, Dokter, Perawat, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap, Penanggung Jawab, Direktur, dan KEMENKES/Dinas Kesehatan.



Gambar 3.7 *Context Diagram* Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum

Daerah Bima

B. DFD Level 0

DFD level 0 dapat dilihat pada gambar 3.8 pada DFD level 0 ini terdapat tiga proses yaitu:

1. Proses Master Data Instalasi Rawat Inap

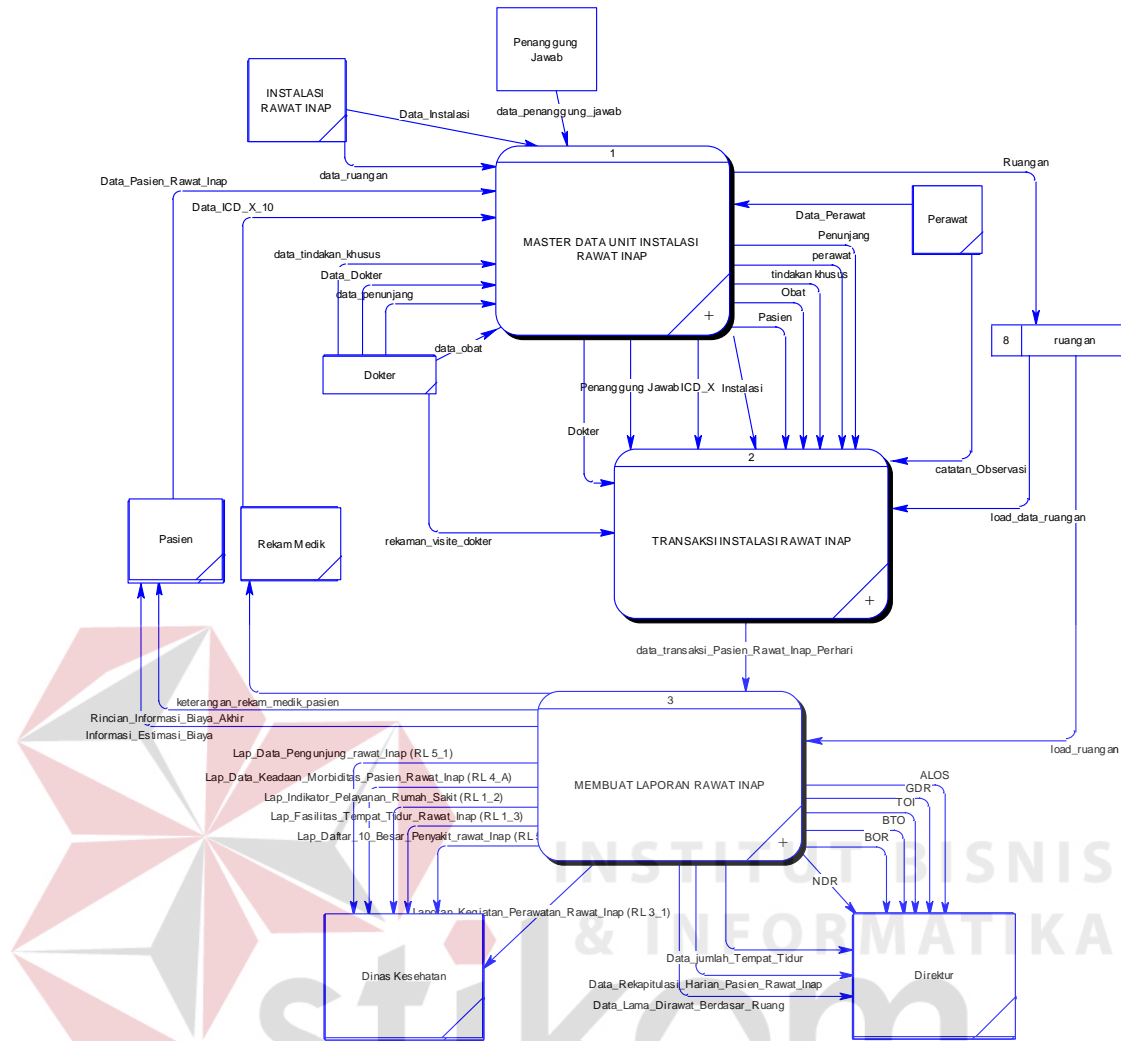
Proses master data instalasi rawat inap merupakan proses yang digunakan untuk mengisi data master yang dibutuhkan oleh instalasi rawat inap RSUD Bima yang terdiri dari : Master Pasien, Dokter, Perawat, Obat, ICD X, Instalasi, Ruangan, Tindakan Khusus dan Penanggung Jawab..

2. Proses Transaksi Instalasi Rawat Inap

Proses transaksi instalasi rawat inap adalah proses transaksi yang terdiri dari pasien masuk, visit dokter, diagnosa keperawatan, observasi perawat, pemberian cairan dan obat serta mutasi ruangan kegiatan Rawat Inap RSUD Bima.

3. Proses Membuat Laporan

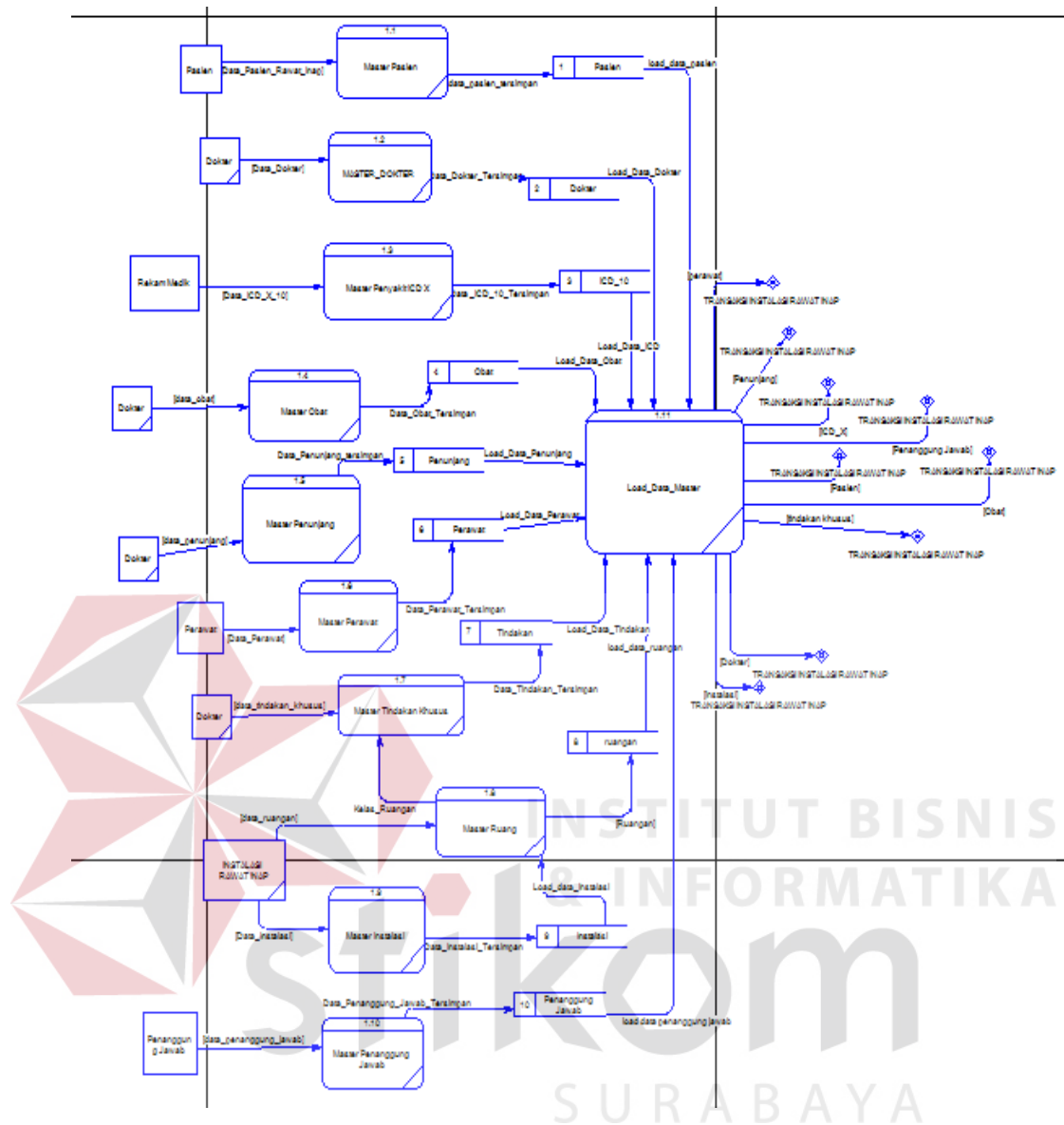
Proses membuat laporan adalah proses yang digunakan sebagai pembuatan *history* data pasien bagi pihak KEMENKES dan Eksekutif serta pembayaran (*billing*) bagi pasien.



Gambar 3.8 Level 0 Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima

C. DFD Level 1 Proses Master Data Unit Instalasi Rawat Inap

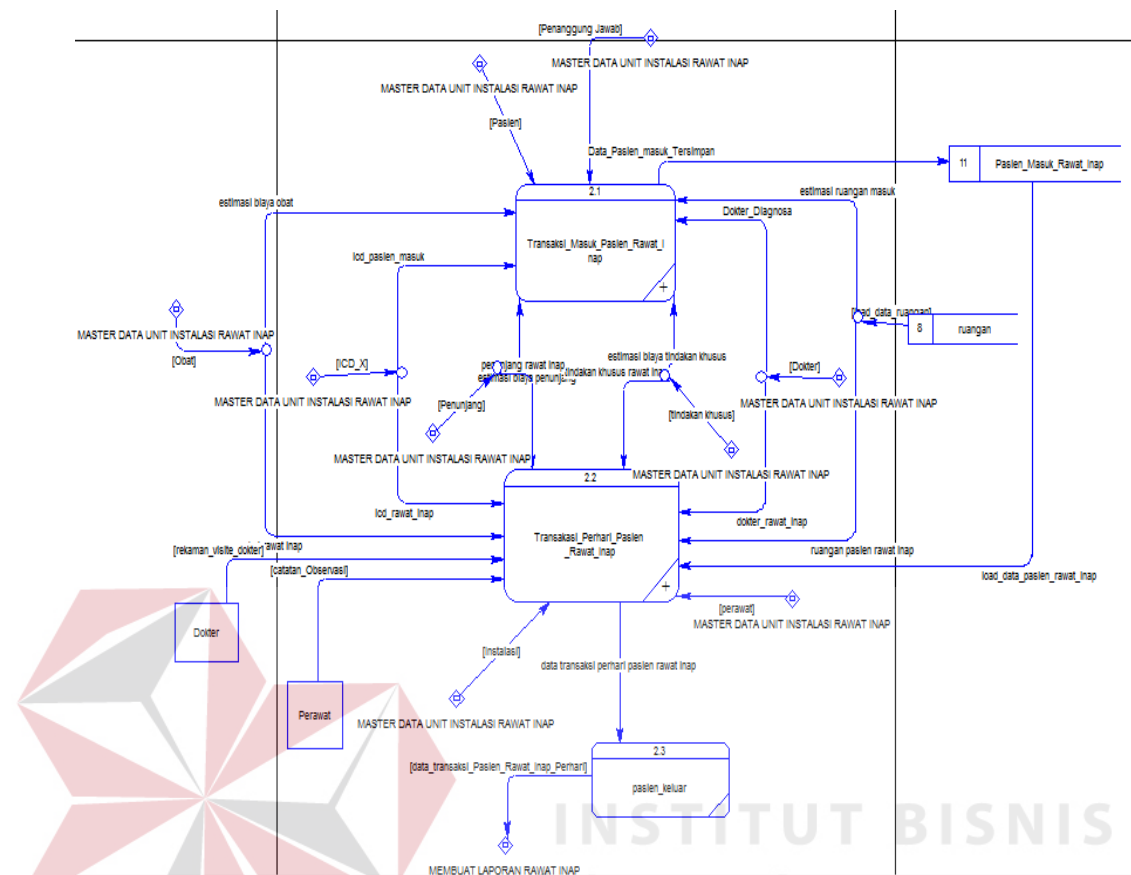
DFD level 1 pada proses Master Data Unit Instalasi Rawat Inap terdiri dari 10 sub-proses diantaranya, yaitu : Master Pasien, Master Dokter, Master Perawat, Master Obat, Master ICD X, Master Instalasi, Master Ruangan, Master Tindakan Khusus, Master Penunjang dan Master Penanggung Jawab.



Gambar 3.9 DFD Level 1 Master Rawat Inap RSUD Bima

D. DFD Level 1 Proses Transaksi Instalasi Rawat Inap

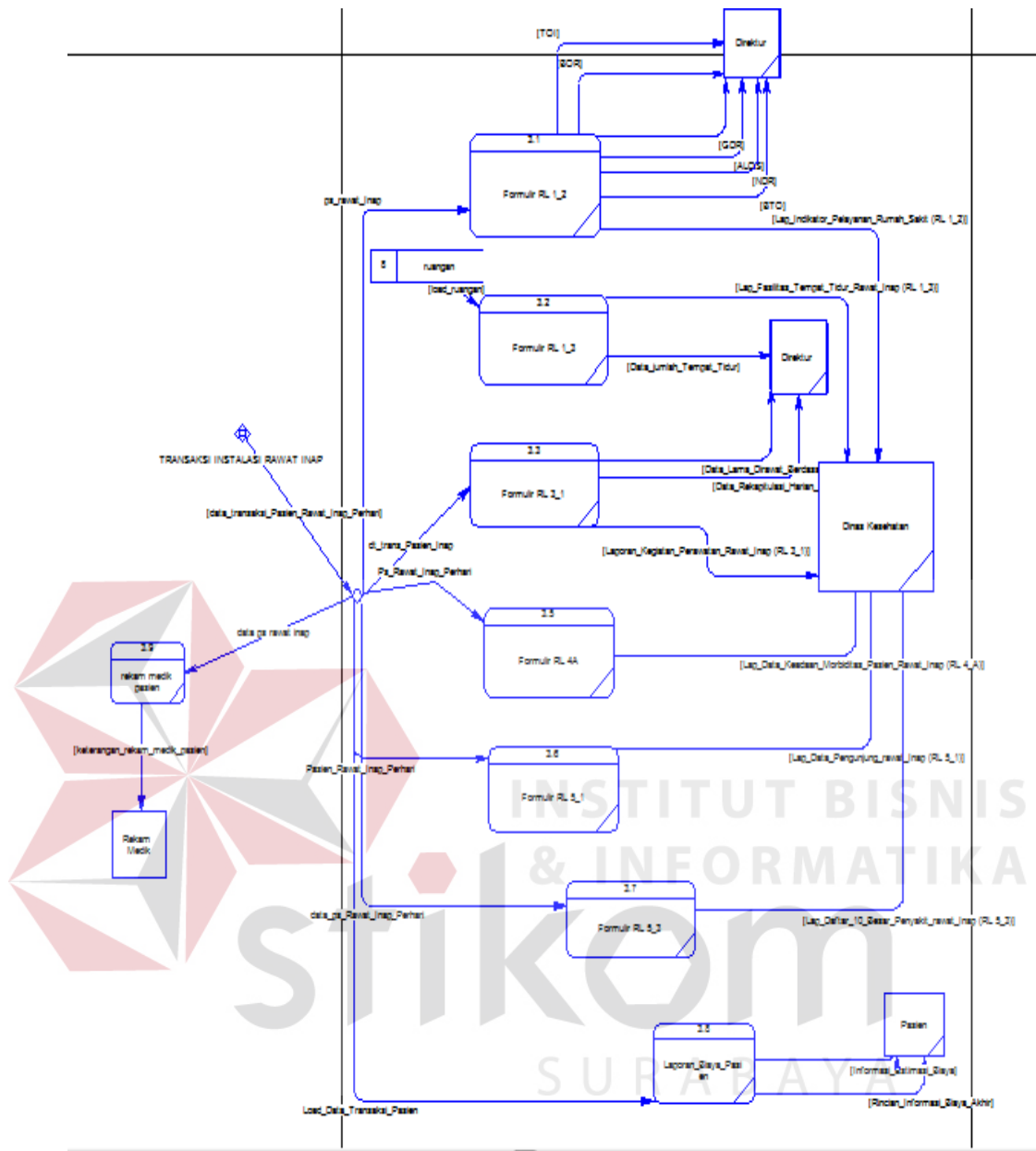
DFD level 1 proses transaksi rawat inap terdiri dari 3 sub-proses diantaranya, yaitu transaksi pasien masuk rawat inap, tindakan perhari dan load data pasien.



Gambar 3.10 DFD Level 1 Transaksi Instalasi Rawat Inap RSUD Bima

E. DFD Level 1 Proses Membuat Laporan Rawat Inap

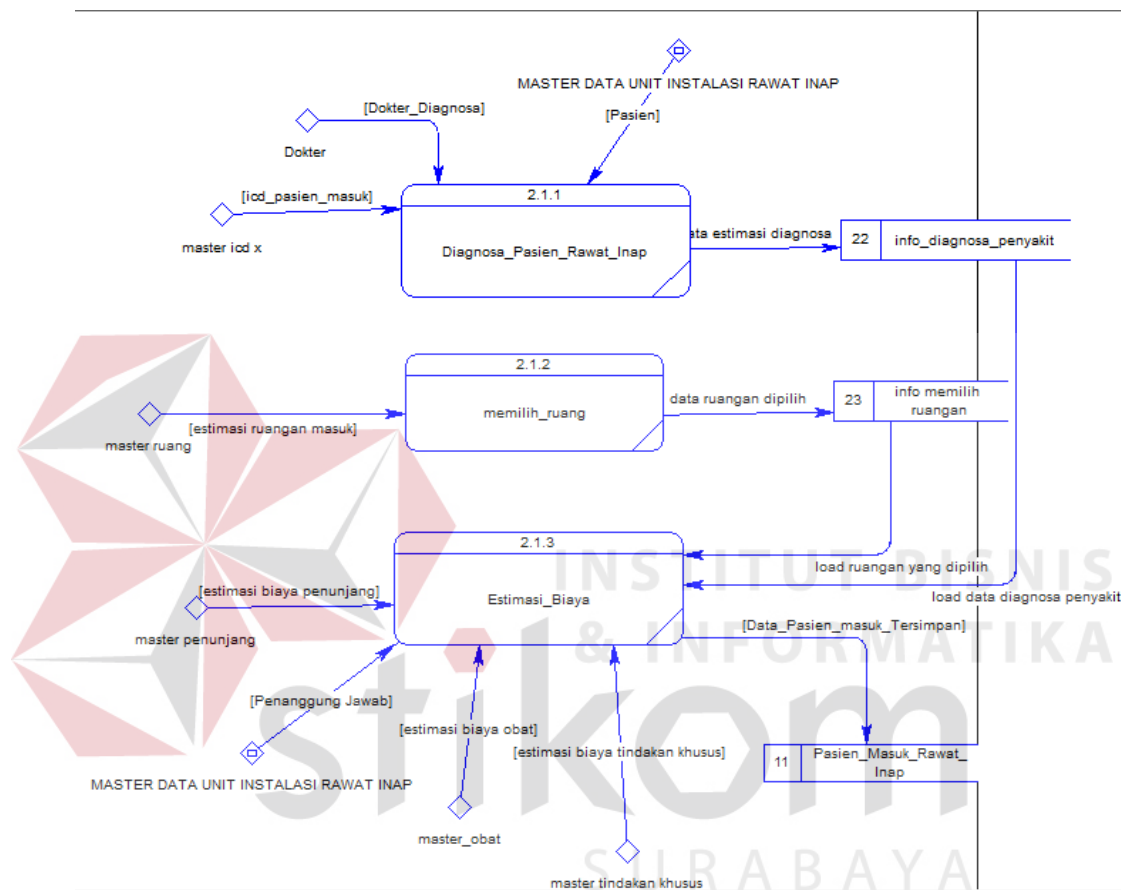
DFD level 1 proses transaksi rawat inap terdiri dari 7 subproses diantaranya, yaitu Membuat Laporan Formulir Indikator Pelayanan Rumah Sakit (Formulir RL 1.2), Membuat Formulir Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap (Formulir RL 1.3), Membuat Data Kegiatan Pelayanan Rawat Inap (Formulir RL 4), Membuat Formulir Penunjang Rumah Sakit (Formulir RL 5.1), Membuat Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (Formulir RL 5.3), Membuat Laporan Biaya Akhir Pasien (*Billing*).



Gambar 3.11 DFD Level 1 Laporan Instalasi Rawat Inap RSUD Bima

F. DFD Level 2 Proses Membuat Transaksi Masuk Rawat Inap

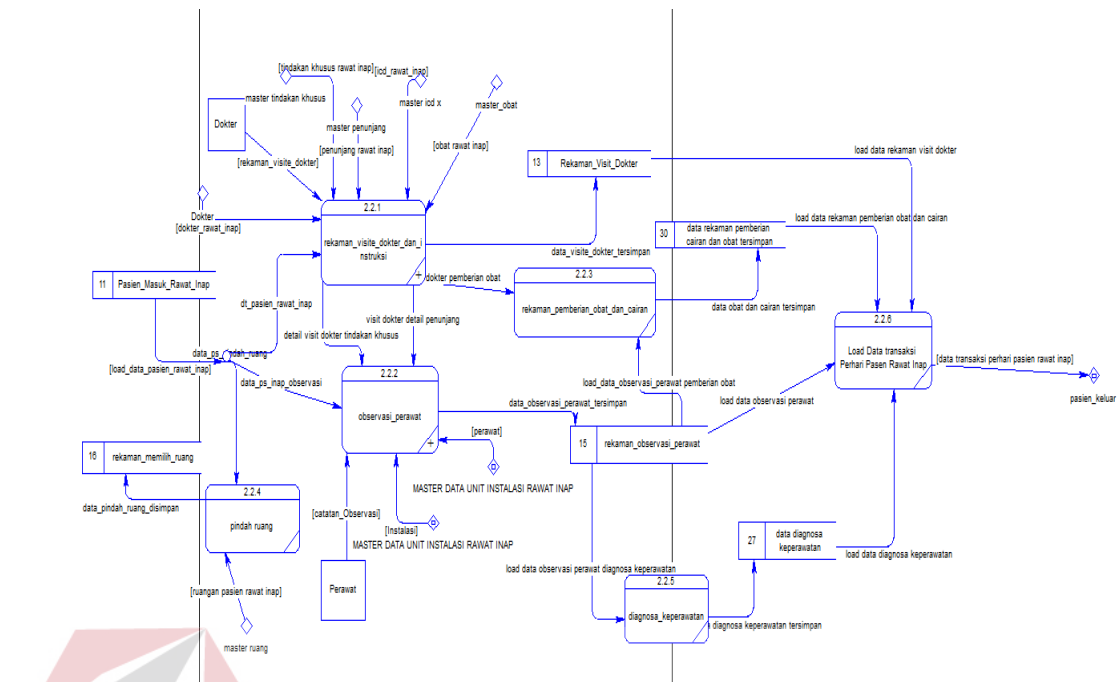
DFD level 2 proses transaksi masuk rawat inap terdiri dari 3 sub-proses diantaranya, yaitu transaksi diagnosa pasien masuk rawat inap, memilih ruang dan estimasi biaya.



Gambar 3.12 DFD Level 2 Transaksi Pasien Masuk

G. DFD Level 2 Proses Membuat Transaksi Perhari Rawat Inap

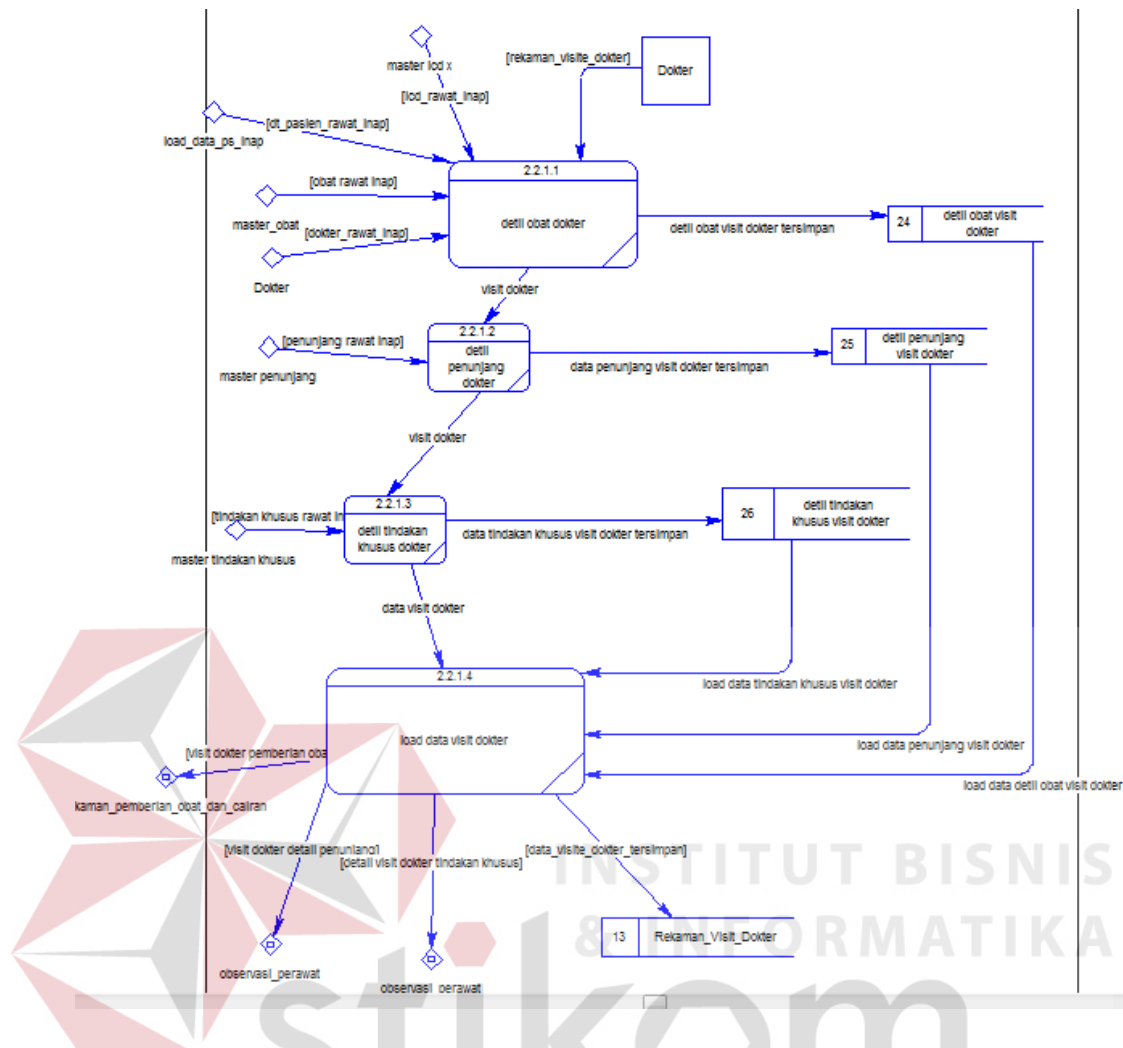
DFD level 2 proses membuat transaksi perhari rawat inap terdiri dari 5 sub-proses diantaranya, yaitu transaksi rekaman visit dokter dan instruksi, transaksi diagnosa keperawatan, transaksi observasi perawat, transaksi pindah ruang dan load data transaksi perhari rawat inap.



Gambar 3.13 DFD Level 2 Transaksi Perawatan Perhari

H. DFD Level 3 Proses Membuat Transaksi Rekaman Visit Dokter

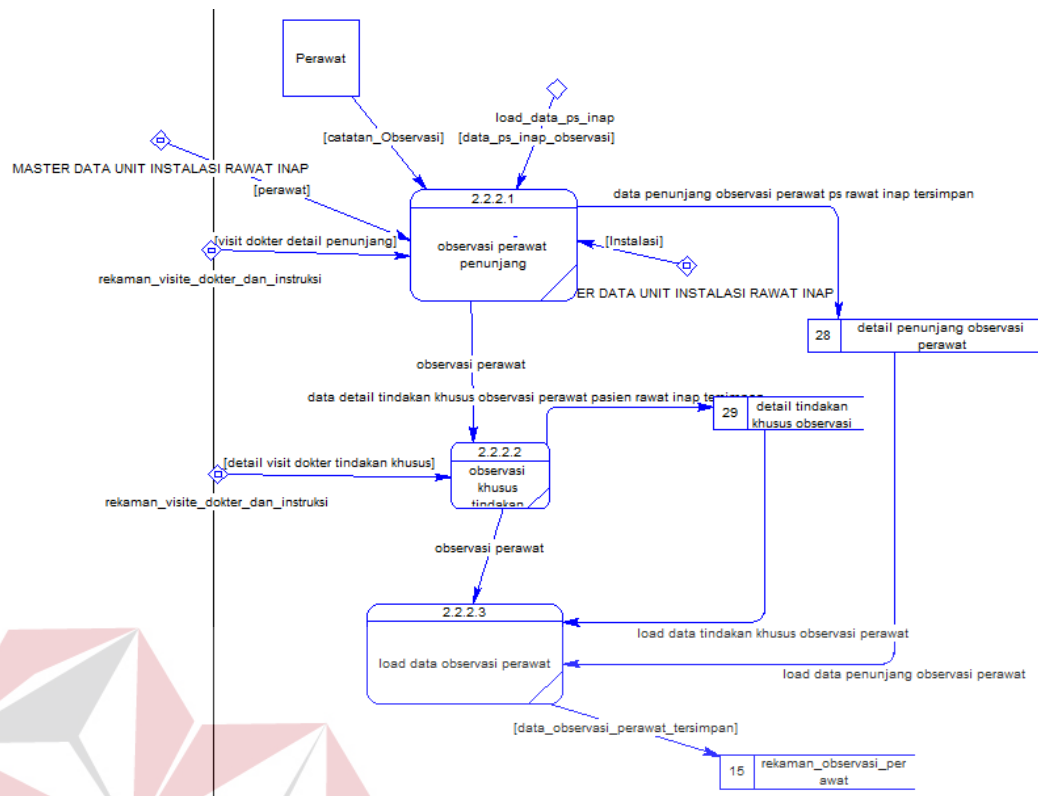
DFD level 3 proses membuat transaksi rekaman visit dokter terdiri dari 4 sub-proses diantaranya, yaitu subtransaksi detil obat dokter, detil penunjang, detil tindakan khusus, load data visit dokter.



Gambar 3.14 DFD Level 3 Transaksi Visit Dokter

I. DFD Level 3 Proses Membuat Transaksi Observasi Perawat

DFD level 3 proses membuat transaksi observasi perawat terdiri dari 4 sub-proses diantaranya yaitu Observasi perawat tindakan khusus, observasi perawat penunjang dan loa data observasi perawat.



Gambar 3.15 DFD Level 2 Transaksi Observasi Perawat

3.4 Rancangan Database

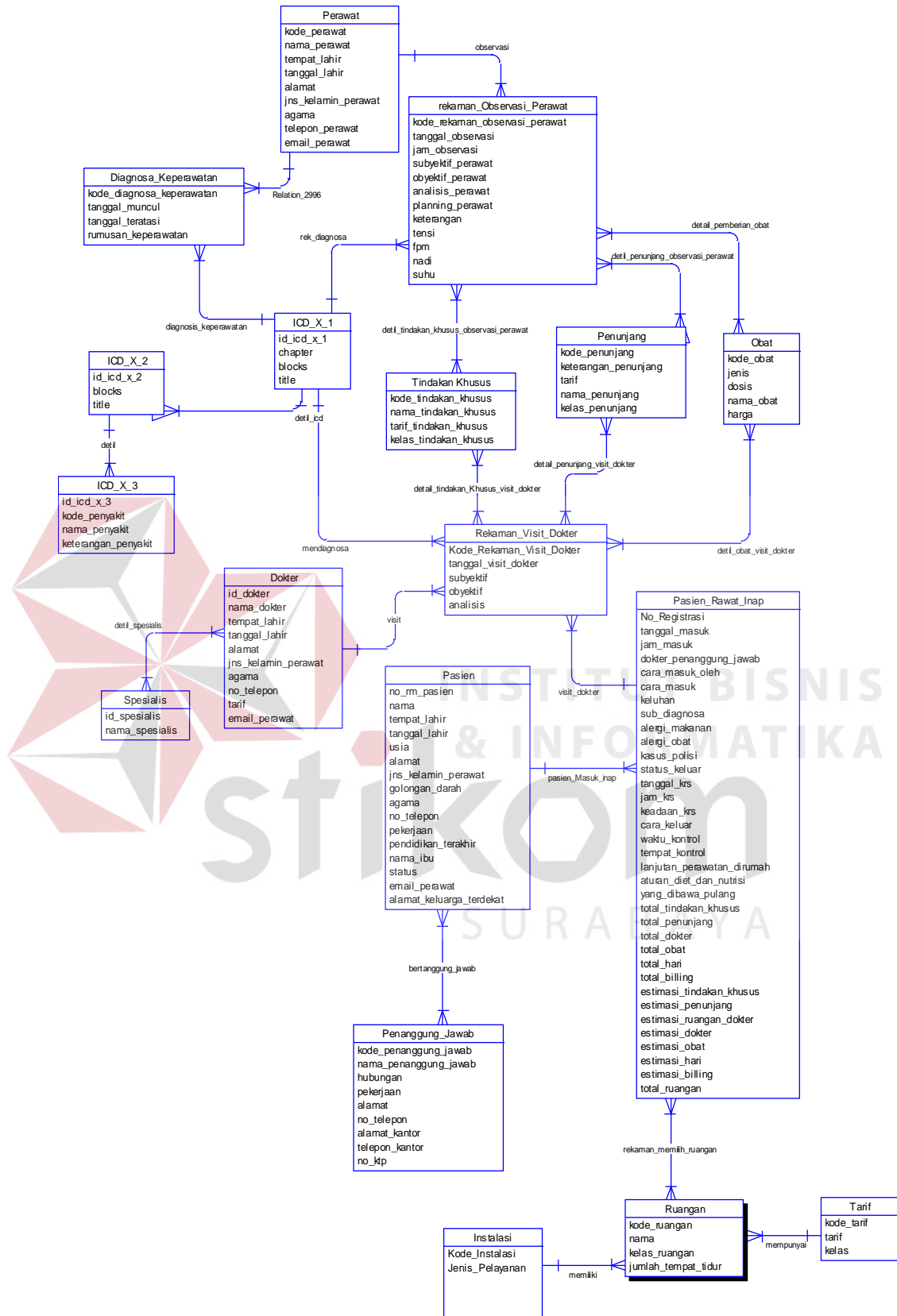
Entity Relationship Diagram (ERD)

Entity Relationship Diagram (ERD) adalah suatu desain sistem yang digunakan untuk merepresentasikan, menentukan dan mendokumentasikan kebutuhan-kebutuhan untuk sistem pemrosesan *database*. ERD juga menyediakan bentuk untuk menunjukkan struktur keseluruhan dari data pemakai. Dalam perencanaan sistem ini telah terbentuk ERD yang merupakan lanjutan dari pembuatan desain dengan menggunakan DFD. Pembuatan ERD bertujuan untuk mengetahui kebutuhan sistem berkaitan dengan basis data yang dibutuhkan oleh sistem.

A. *Conceptual Data Model*(CDM)

Sebuah CDM menggambarkan secara keseluruhan konsep struktur basis data yang dirancang untuk suatu program atau aplikasi. Pada CDM belum tergambar jelas bentuk tabel-tabel penyusun basis data beserta *field-field* yang terdapat pada setiap tabel. Tabel-tabel tersebut sudah mengalami *relationship* tetapi tidak terlihat pada kolom yang mana hubungan antar tabel tersebut. Pada CDM telah didefinisikan kolom mana yang menjadi *primary key*. CDM Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima dapat dilihat pada Gambar 3.16.

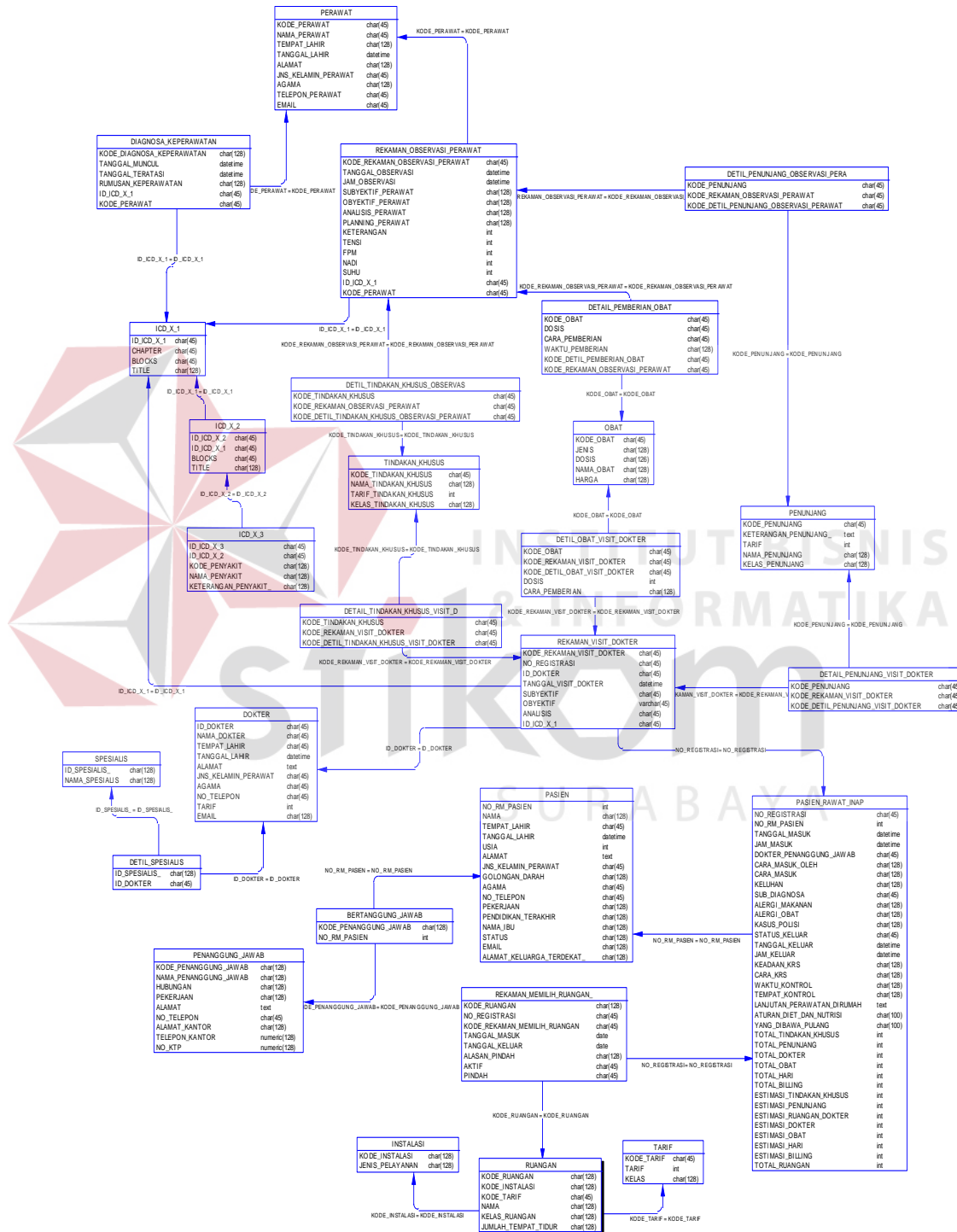




Gambar 3.16 CDM Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

B. Physical Data Model (PDM)

PDM Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima dapat dilihat pada Gambar 3.17.



Gambar 3.17 PDM Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

C. Struktur Tabel

1. Tabel Pasien

Primary Key :No_rm_pasien

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data pasien

Tabel 3.1 Pasien

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>No_rm_pasien</u>	Integer	Nomor rekam medik pasien
2	Nama	Varchar(128)	Nama pasien
3	Tempat_lahir	Varchar(128)	Tempat lahir pasien
4	Tanggal_Lahir	Date	Tanggal lahir pasien
5	Pendidikan_Terakhir	Varchar(128)	Pendidikan pasien
6	Jenis_Kelamin	Varchar(128)	Jenis kelamin pasien
7	Golongan_darah	Varchar (128)	Golongan darah pasien
8	Agama	Varchar (128)	Agama pasien
9	No_telepon	Varchar(128)	Nomor telepon pasien
10	Pekerjaan	Varchar(128)	Pekerjaan pasien
11	Nama_Ibu	Varchar(128)	Nama ibu pasien
12	Status	Varchar(128)	Status pasien
13	Email	Varchar(128)	Email pasien
14	Alamat_Keluarga_terdekat	Varchar(128)	Alamat keluarga terdekat pasien
15	Alamat	Varchar(128)	Alamat pasien

2. Tabel Dokter

Primary Key : Id_dokter

Foreign Key : Id_spesialis

Fungsi : Untuk menyimpan data dokter

Tabel 3.2 Dokter

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	Id_dokter	Varchar (45)	pengisian id dokter secara autonumber
2	Nama_dokter	Varchar(45)	Nama dokter
3	id_spesialis	Varchar(128)	Id spesialis dokter
4	Tempat_lahir	Varchar (128)	Tempat lahir dokter
5	Tanggal_lahir	Date	Tanggal lahir dokter
6	alamat	Varchar(128)	Alamat dokter
7	Jenis_kelamin	Varchar(128)	Jenis kelamin dokter
8	agama	Varchar(128)	Agama dokter
9	No_telepon	Varchar(128)	Nomor telepon dokter
10	Tarif	Varchar(128)	Tarif dokter
11	email	Varchar(128)	Email dokter

3. Tabel Spesialis

Primary Key : Kode_spesialis

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data spesialis dokter

Tabel 3.3 Spesialis

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_Spesialis</u>	Varchar (128)	Kode Spesialis dokter
2	Nama_spesialis	Varchar (128)	Nama spesialis dokter

4. Tabel Perawat

3.2.3 Primary Key :Kode_perawat

3.2.4 Foreign Key :-

3.2.5 Fungsi : Untuk menyimpan data perawat

Tabel 3.4 Perawat

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_perawat</u>	Varchar(45)	Pengisian kode perawat secara autonumber
2	Nama_perawat	Varchar(45)	Nama perawat
3	Tempat_lahir_perawat	Varchar(45)	Tempat lahir perawat
4	Tanggal_lahir_perawat	Date	Tanggal lahir perawat
5	Alamat_perawat	Text	Alamat perawat
6	Jenis_kelamin_perawat	Varchar(45)	Jenis kelamin perawat
7	Agama_perawat	Varchar(45)	Agama perawat
8	Telepon_perawat	Varchar(45)	Telepon perawat
9	Email_perawat	Varchar(128)	Email perawat

5. Tabel Obat

3.2.7 Primary Key :Kode_obat

3.2.8 Foreign Key :-

3.2.9 Fungsi : Untuk menyimpan data obat

Tabel 3.5 Obat

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_obat</u>	Varchar (45)	Pengisian kode obat
2	Nama_obat	Varchar (128)	Nama obat
3	dosis	Varchar (128)	Dosis obat
4	Jenis	Varchar (128)	Jenis obat
5	Harga	Varchar (128)	Harga obat

6. Tabel ICD X_1

Primary Key :id_icd_x_1

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data penyakit level 1

Tabel 3.6 ICD X_1

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Id_icdx_1</u>	Varchar (45)	Pengisian kode icd level 1
2	chapter	Varchar(45)	Nama chapter
3	blocks	Varchar(45)	Nama blocks
4	tittle	Varchar(128)	Detil icd x level 1

7. Tabel ICD X_2

Primary Key : id_icd_x_2

Foreign Key : id_icd_x_1

Fungsi : Untuk menyimpan data penyakit

Tabel 3.7 ICD X 2

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Id_icdx_2</u>	Varchar (45)	Pengisian kode icd level 2
2	<u>Id_icdx_1</u>	Varchar (45)	Kode icd x level 1
3	Blocks	Varchar(128)	Nama blocks icd x level 2
4	Title	Varchar(128)	Detil dari icd x level 2

8. Tabel ICD X_3

Primary Key : id_icd_x_3

Foreign Key : id_icd_x_2

Fungsi : Untuk menyimpan data penyakit level 3 (sub diagnosa)

Tabel 3.8 ICD X (Penyakit)

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Id_icdx_3</u>	Varchar (45)	Kode icd level 3
	<u>Id_icdx_2</u>	Varchar (45)	Kode icd level 2
2	Kode_penyakit	Varchar(128)	Kode penyakit
3	Nama_penyakit	Varchar(128)	Nama penyakit
4	Keterangan_penyakit	Varchar(128)	Keterangan dari penyakit

9. Tabel Instalasi

Primary Key : Kode_instalasi

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data instalasi ruangan

Tabel 3.9 Instalasi

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_instalasi</u>	Varchar (128)	pengisian kode instalasi secara autonumber
2	Jenis_pelayanan	Varchar(128)	Nama instalasi jenis pelayanan rawat inap

10. Tabel Ruangan

Primary Key : Kode_ruangan

Foreign Key : Kode_instalasi

Fungsi : Untuk menyimpan data Ruangan

Tabel 3.10 Ruangan

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_ruangan</u>	Varchar(128)	pengisian kode ruangan secara autonumber
2	Nama	Varchar(128)	Nama ruangan di rawat inap
3	Kelas	Varchar(128)	Kelas ruangan rawat inap
4	Jumlah_tempat_tidur	Varchar(128)	jumlah tempat tidur di ruangan
5	Kode_instalasi	Varchar(128)	Kode instalasi rawat inap

11. Tabel Tindakan Khusus

Primary Key : Kode_tindakan_Khusus

Foreign Key :

Fungsi : Untuk menyimpan data tindakan khusus

Tabel 3.11 Tindakan Khusus

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_tindakan_khusus</u>	Varchar (45)	pengisian kode tindakan khusus secara autonumber
2	Nama_tindakan_khusus	Varchar (128)	Nama tindakan khusus
3	Kelas_tindakan_khusus	Varchar (128)	Kelas tindakan khusus
4	Tarif_tindakan_khusus	Integer (11)	Tarif tindakan khusus

12. Tabel Penunjang

Primary Key : Kode_penunjang

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data penunjang

Tabel 3.12 tindakan khusus

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_penunjang</u>	Varchar (45)	pengisian kode penunjang secara autonumber
2	nama_penunjang	Varchar (128)	Nama penunjang
3	Keterangan_penunjang	Text	Keterangan penunjang
4	Tarif_penunjang	Integer (11)	Tarif dari penunjang
5	Kelas_Penunjang	Varchar (128)	Kelas penunjang

13. Tabel Tarif

Primary Key : kode_tarif

Foreign Key :-

Fungsi : Untuk menyimpan data tarif ruangan

Tabel 3.13 Tabel Tarif

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_Tarif</u>	Varchar (45)	Pengisian kode tarif secara automasi
2	Tarif	Integer (11)	Tarif ruangan
3	Kelas	Varchar (128)	Kelas dari tarif

14. Tabel Pasien Rawat Inap

Primary Key : no_registrasi

Foreign Key :no_rm_pasien, dokter penanggung_jawab, diagnosa, sub_diagnosa

Fungsi : Untuk menyimpan data pasien masuk

Tabel 3.14 Tabel Pasien Rawat Inap

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>No_registrasi</u>	Varchar(45)	pengisian kode registrasi secara autonumber
2	Tanggal_masuk	date	Tanggal masuk pasien rawat inap
3	Jam_masuk	Time	Jam masuk pasien rawat inap
4	No_rm_pasien	Integer (11)	Nomor rekam medik pasien
5	Cara masuk	Varchar(128)	Cara masuk pasien
6	Cara_masuk_oleh	Varchar(128)	Cara masuk dari pasien
7	diagnosa	Varchar(45)	Diagnosa pasien
8	Sub_diagnosa	Varchar(45)	Sub diagnosa dari pasien
9	Kasus_polisi	Varchar(128)	Pasien kasus polisi atau tidak
10	keluhan	Varchar (128)	Keluhan pasien
11	Status	Varchar (45)	Status pasien
12	Alergi_makanan	Varchar(128)	Alergi makanan pasien
13	Alergi_obat	Varchar(128)	Alergi obat dari pasien
14	Kode_ruangan	Varchar(50)	Kode ruangan pasien
15	Tanggal_krs	date	Tanggal keluar pasien
16	Jam_krs	Time	Jam keluar pasien
17	Keadaan_krs	Varchar (128)	Keadaan pasien keluar rumah sakit
18	Cara_keluar	Varchar (128)	Cara keluar pasien
19	Waktu_kontrol	Varchar (128)	Waktu kontrol pasien
20	Tempat_kontrol	Varchar (128)	Tempat kontrol pasien
21	Lanjutan_perawatan_dirumah	Text	Lanjutan perawatan pasien
22	Aturan_diet_dan_nutrisi	Text	Aturan diet dan nutrisi pasien
23	Dokter_penanggung_jawab	Varchar (45)	Dokter yang bertanggung jawab penuh ke pasien
24	Total_tindakan_khusus	Inter (11)	Total dari biaya berdasarkan tindakan khusus
25	Total_ruangan	Integer (11)	Total dari biaya berdasarkan ruang

26	Total_dokter	Integer (11)	Total dari biaya berdasarkan visit dokter
27	Total_obat	Integer (11)	Total dari biaya berdasarkan obat
28	Total_hari	Integer (11)	Total dari biaya berdasarkan lama hari
29	Total_billing	Integer (11)	Total secara keseluruhan biaya KRS
30	Estimasi_tindakan_khusus	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan tindakan khusus
31	Estimasi_penunjang	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan penunjang
32	Estimasi_ruangan	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan ruangan
33	Estimasi_dokter	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan visit dokter
34	Estimasi_obat	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan obat
35	Estimasi_hari	Integer (11)	Estimasi biaya berdasarkan lama hari
36	Estimasi_billing	Integer (11)	Estimasi biaya secara keseluruhan
37	Total_penunjang	Integer (11)	Total biaya berdasarkan penunjang
38	kelas	Varchar(128)	Kelas ruangan yang dipilih pasien

15. Tabel Penanggung Jawab

Primary Key : Kode_penanggung_jawab

Foreign Key : no_rm_pasien

Fungsi : Untuk menyimpan data Penanggung Jawab

Tabel 3.15 Penanggung Jawab

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_penanggung_jawab</u>	Varchar(45)	Kode penanggung jawab secara autonumber
2	No_rm_pasien	Varchar(11)	No mor rekam medik pasien
3	Nama_penanggung_jawab	Varchar(128)	Nama penanggung jawab
4	hubungan	Varchar(128)	Hubungan penanggung jawab dengan pasien
5	Pekerjaan	Varchar(128)	Pekerjaan penanggung jawab
6	alamat	Varchar(128)	Alamat penanggung jawab
7	telepon	Varchar(128)	Telephon penanggung jawab

8	Alamat_kantor	Varchar(128)	Alamat kantor penanggung jawab
9	Telepon_kantor	Varchar(128)	Telepon kantor penanggung jawab
10	No_ktp	Varchar(128)	No kartu tanda penduduk penanggung jawab

16. Tabel Diagnosa Keperawatan

Primary Key : kode_diagnosa_keperawatan

Foreign Key : no_registrasi, kode_perawat, diagnosa, sub diagnosa

Fungsi : Untuk menyimpan data diagnosa keperawatan perhari

Tabel 3.17 Diagnosa Keperawatan

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode diagnosa keperawatan</u>	Varchar(45)	Pengisian kode diagnosa keperawatan
2	<u>No registrasi</u>	Varchar (45)	Nomor registrasi pasien
3	Kode_perawat	Varchar(45)	Kode perawat
4	Tanggal_muncul	Date	Tanggal muncul diagnosa
5	Tanggal_teratasi	Date	Tanggal teratasi diagnosa
6	Diagnosa	Varchar(45)	diagnosa pasien
7	Sub diagnosa	Varchar(45)	Sub diagnosa pasien
8	Rumusan_keperawatan	Varchar(128)	Rumusan keperawatan dari perawat

17. Tabel Rekaman Visit Dokter

Primary Key : kode_rekaman_visit_dokter

Foreign Key : no_registrasi, id_dokter

Fungsi : Untuk menyimpan data rekaman pemberian obat pasien

Tabel 3.18 Tabel Rekaman Visit Dokter

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode rekaman visit dokter</u>	Varchar (45)	Kode rekaman visit dokter
2	No_registrasi	Varchar (45)	Nomor registrasi pasien
3	Id_dokter	Varchar (45)	Nomor id dokter

4	Tanggal_visit_dokter	Date	Tanggal visit dokter
5	Subyektif	Varchar(128)	Subyektif pemeriksaan
6	Obyektif	Varchar(128)	Obyektif pemeriksaan
7	Analisis	Varchar(128)	Tanggal lahir user

18. Tabel Detil Obat Visit Dokter

Primary Key : kode_detil_obat_visit_dokter

Foreign Key : kode_rekaman_visit_dokter

Fungsi : Untuk menyimpan data rekaman pemberian obat pasien visit dokter

Tabel 3.19 Tabel Detil Obat Visit Dokter

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_detil_obat_visit_dokter</u>	Varchar (45)	Kode detil obat visit dokter
2	Kode_rekaman_visit_dokter	Varchar (45)	Kode rekaman visit dokter
3	Kode_obat	Varchar (45)	Kode obat
4	Dosis	Integer (11)	Dosis obat yg diberikan
5	Cara_pemberian	Varchar(128)	Cara pemberian obat

19. Tabel Detil Penunjang Visit Dokter

Primary Key : Kode_detil_penunjang_visit_dokter

Foreign Key : kode_rekaman_visit_dokter, kode_penunjang

Fungsi : Untuk menyimpan data penunjang visit dokter

Tabel 3.20 Tabel Detil Penunjang Visit Dokter

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_detil_penunjang_visit_dokter</u>	Varchar (45)	Kode detil penunjang visit dokter
2	Kode_rekaman_visit_dokter	Varchar (45)	Kode rekaman visit dokter
3	Kode_penunjang	Varchar (45)	Kode penunjang

20. Tabel Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

Primary Key : kode_detil_tindakan_khusus_visit_dokter

Foreign Key : kode_rekaman_visit_dokter, kode_tindakan_khusus_visit_dokter

Fungsi : Untuk menyimpan data detil tindakan khusus visit dokter

Tabel 3.21 Tabel Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode detil tindakan khusus visit dokter</u>	Varchar (45)	Kode detil tindakan khusus visit dokter
2	Kode_rekaman_visit_dokter	Varchar (45)	Kode rekaman visit dokter
3	Kode_tindakan_khusus	Varchar (45)	Kode tindakan khusus

21. Tabel Detil Pemberian Cairan

Primary Key : kode_detil_pemberian_cairan

Foreign Key :

Fungsi : Untuk menyimpan data rekaman pemberian obat pasien

Tabel 3.22 Detil Pemberian Cairan

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode detil pemberian cairan</u>	Varchar(45)	pengisian kode detil pemberian cairan autonumber
2	Kode_cairan	Varchar(45)	Kode cairan
3	Tetesan	Integer (11)	Jumlah cairan
4	Cara pemberian	Varchar(45)	Cara pemberian obat
5	Waktu_Pemberian	Varchar(45)	Waktu pemberian obat
6	Kode_obat	Varchar(45)	Kode obat
7	NGT	Integer (11)	Jenis cairan yg dimasukan
8	DRAIN	Integer (11)	Jenis cairan yang dikeluarkan
9	Keterangan	Varchar(45)	Keterangan pemberian cairan

22. Tabel Rekaman Observasi Perawat

Primary Key : kode_rekaman_observasi_perawat

Foreign Key : no_registrasi, kode_perawat, kode_rekaman_visit_dokter

Fungsi : Untuk menyimpan data rekaman Observasi Perawat

Tabel 3.23 Rekaman Observasi Perawat

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_rekaman_observasi_perawat</u>	Varchar(45)	pengisian kode observasi perawat
2	<u>Kode_perawat</u>	Varchar(45)	Kode perawat
3	No_registrasi	Varchar(45)	Nomor registrasi pasien
4	Tanggal_observasi	Date	Tanggal dilakukannya observasi
5	Jam_observasi	Time	jam dilakukannya observasi
6	Subyektif	Varchar(128)	Subyektif dari observasi
7	Obyektif	Varchar(128)	Obyektif dari observasi
8	Analisis	Varchar(128)	Analisa dari observasi
9	Planning	Varchar(128)	Rencana setelah observasi
10	Keterangan	Varchar(128)	Status pernikahan user
11	<u>Tensi</u>	Integer(11)	Tensi dari pasien
12	Fpm	Integer(11)	FPM dari pasien
13	Nadi	Integer(11)	Denyut nadi pasien per menit
14	suhu	Integer(11)	Suhu tubuh pasien
15	<u>Kode_rekaman_visit_dokter</u>	Varchar(128)	Kode rekaman visit dokter

23. Tabel Detail Penunjang Observasi Perawat

Primary Key : kode_rekaman_observasi_perawat

Foreign Key : kode_rekaman_observasi_perawat, kode_penunjang

Fungsi : Untuk menyimpan data penunjang Observasi Perawat

Tabel 3.34 Detil Penunjang Observasi Perawat

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode_detil_penunjang_observasi_perawat</u>	Varchar(45)	Pengisian kode detil penunjang observasi perawat

2	<u>Kode rekaman observasi perawat</u>	Varchar(45)	Kode rekaman observasi perawat
3	Kode_penunjang	Varchar(45)	Kode penunjang

25. Tabel Detil Tindakan Khusus Observasi Perawat

Primary Key : kode_rekaman_observasi_perawat

Foreign Key : kode_rekaman_observasi_perawat, kode_tindakan_khusus

Fungsi : Untuk menyimpan data tindakan khusus Observasi Perawat

Tabel 3.25 Detil Tindakan Khusus Observasi Perawat

No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode detil tindakan khusus observasi perawat</u>	Varchar(45)	Pengisian kode detil tindakan_khusus_observasi perawat
2	<u>Kode rekaman observasi perawat</u>	Varchar(45)	Kode rekaman observasi perawat
3	Kode_tindakan_khusus	Varchar(45)	Kode tindakan khusus

27. Tabel Rekaman Memilih Ruangan

Primary Key : kode_ruangan

Foreign Key : no_registrasi, kode_perawat

Fungsi : Untuk menyimpan data pindah ruangan dan memilih ruangan

Tabel 3.18 Tabel Memilih Ruangan

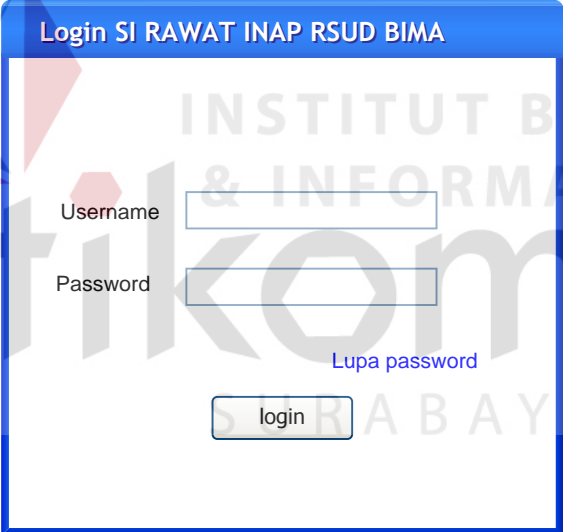
No	Field	Tipe Data	Keterangan
1	<u>Kode rekaman memilih ruangan</u>	Varchar (45)	Kode rekaman memilih ruangan
2	Kode_ruangan	Varchar (45)	Kode ruangan
3	No_registrasi	Varchar (45)	Nomor registrasi pasien masuk
4	Tanggal_masuk	Date	Tanggal masuk pasien
5	Tanggal_keluar	Date	Tanggal keluar pasien
6	Alasan_pindah	Varchar(128)	Alasan pindah pasien
7	aktif	Varchar(45)	Status pasien
8	Pindah	Varchar(45)	Status pasien

3.5 Rancangan Antar Muka

Desain *input* yang dimaksud disini adalah desain antarmuka (*interface*) dari setiap form yang terdapat dalam Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima. Form-form dibawah ini diklasifikasikan berdasarkan urutan menu yang terdapat dalam sistem informasi ini.

1. Rancangan Form *Login*

Form ini didesain untuk melakukan *login* pada saat pertama kali menggunakan Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima. Masukan pada form ini adalah *Username* dari pengguna dan *password*. Rancangan *form login* dapat dilihat pada Gambar 3.18.



Gambar 3.18 Rancangan Form *Login*

2. Form Utama

Rancangan halaman menu utama merupakan rancangan tampilan awal Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima saat *user* berhasil melakukan *login*. Halaman menu utama terdiri dari 4 menu yaitu halaman

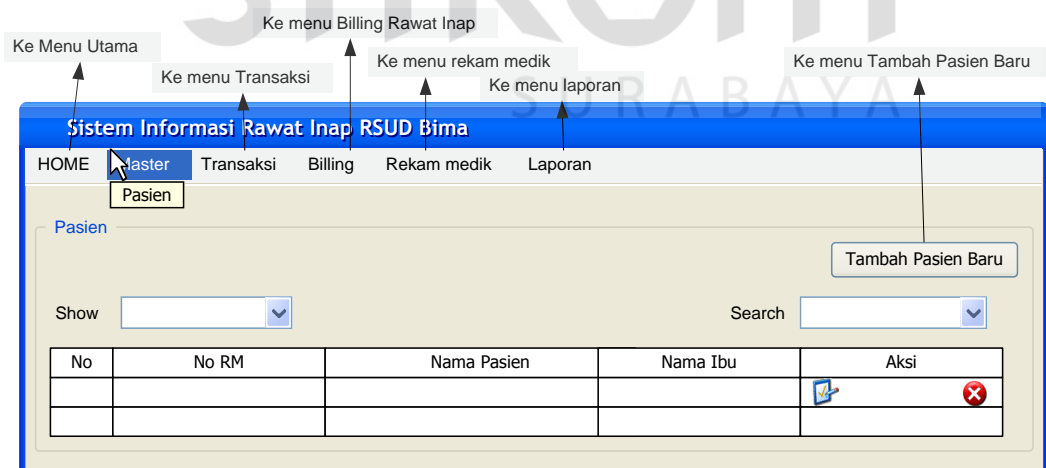
Home, *Master*, *Transaksi*, *Billing*, *Rekam Medik* dan *Laporan*. Rancangan menu utama dapat dilihat pada Gambar 3.19.



Gambar 3.19 Rancangan Form Utama

3. Form Master Pasien

Rancangan form ini merupakan rancangan tampilan tambah pasien baru. *Form* ini diisi pada saat. Rancangan *form* master pasien dapat dilihat pada Gambar 3.18.



Gambar 3.20 Rancangan Form Master Pasien

4. Form Master Tambah Pasien

Rancangan form ini merupakan rancangan tampilan tambah pasien baru. *Form* ini diisi oleh admin berdasarkan data yang telah diisi dari formulir registrasi pasien. Rancangan *form* registrasi pasien dapat dilihat pada Gambar 3.21.

The screenshot displays the 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima' web application. The main menu includes 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'Rekam medik', and 'Laporan'. The 'Master' menu is expanded to show 'Pasien'. The form contains the following fields and controls:

- No. RM :
- Nama Pasien :
- Tempat Lahir :
- Tanggal Lahir :
- Umur :
- Alamat :
- Jenis Kelamin : Pria Wanita
- Golongan Darah : A B O AB
- Agama :
- Telepon :
- Pekerjaan :
- Pendidikan :
- Status :
- Nama Ibu :
- Email :
- Alamat Keluarga Terdekat :

At the bottom of the form are two buttons: 'Simpan' and 'Batal'. Annotations with arrows indicate the following:

- 'Ke Menu Utama' points to the 'Master' tab.
- 'Ke menu Transaksi' points to the 'Transaksi' tab.
- 'Ke menu Billing' points to the 'Billing' tab.
- 'Ke menu Laporan' points to the 'Laporan' tab.
- 'Ke menu rekam medik' points to the 'Rekam medik' tab.
- 'Button menyimpan data' points to the 'Simpan' button.
- 'Button membatalkan data' points to the 'Batal' button.

Gambar 3.21 Rancangan Form Master Tambah Pasien

5. Form Master Dokter

Rancangan form master dokter merupakan rancangan tampilan data dokter. Rancangan tampilan form master dokter dapat dilihat pada Gambar 3.22.

The screenshot shows the 'Form Master Dokter' interface. At the top, there is a blue header with the title 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima'. Below the header is a navigation menu with items: HOME, Master, Transaksi, Billing, Rekam medik, and Laporan. The 'Master' menu is expanded to show 'Dokter'. Above the main content area, there are several callout boxes with arrows pointing to specific elements: 'Ke Menu Utama' (pointing to HOME), 'Ke menu Transaksi Rawat Inap' (pointing to Transaksi), 'Ke menu Billing Rawat Inap' (pointing to Billing), 'Ke menu rekam medik' (pointing to Rekam medik), 'Ke menu laporan SI RSUD BIMA' (pointing to Laporan), and 'Ke menu Tambah dokter Baru' (pointing to the 'Tambah Dokter Baru' button).

The main content area is titled 'Dokter'. It contains a 'Tambah Dokter Baru' button, a 'Show' dropdown menu, and a 'Search' field with the placeholder text 'Enter Text'. Below this is a table with the following structure:

No	Id dokter	Nama Dokter	Spesialis	Aksi
				<input type="button" value="+"/> <input type="button" value="-"/>

Gambar 3.22 Rancangan Form Master Dokter

6. Form Master Tambah Dokter

Rancangan Form ini merupakan tampilan tambah data dokter baru yang dimasukkan oleh *administrator*. Rancangan *form* tambah dokter dapat dilihat pada Gambar 3.23.

The image shows a web application interface for 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima'. The main menu includes 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'Rekam medik', and 'Laporan'. The 'Master' menu is expanded to show 'Dokter'. The 'Dokter' form contains the following fields:

- ID Dokter :
- Nama Dokter :
- Spesialis :
- Tempat Lahir :
- Tanggal Lahir :
- Alamat :
- Jenis Kelamin : Pria Wanita
- Agama :
- Telepon :
- Tarif :
- Email :

At the bottom of the form are two buttons: 'Simpan' and 'Batal'. Arrows from the text below point to these buttons, indicating their functions: 'menyimpan data' (save data) and 'membatalkan data' (cancel data).

Gambar 3.23 RancanganForm Tambah Master Dokter

7. Rancangan Master Perawat

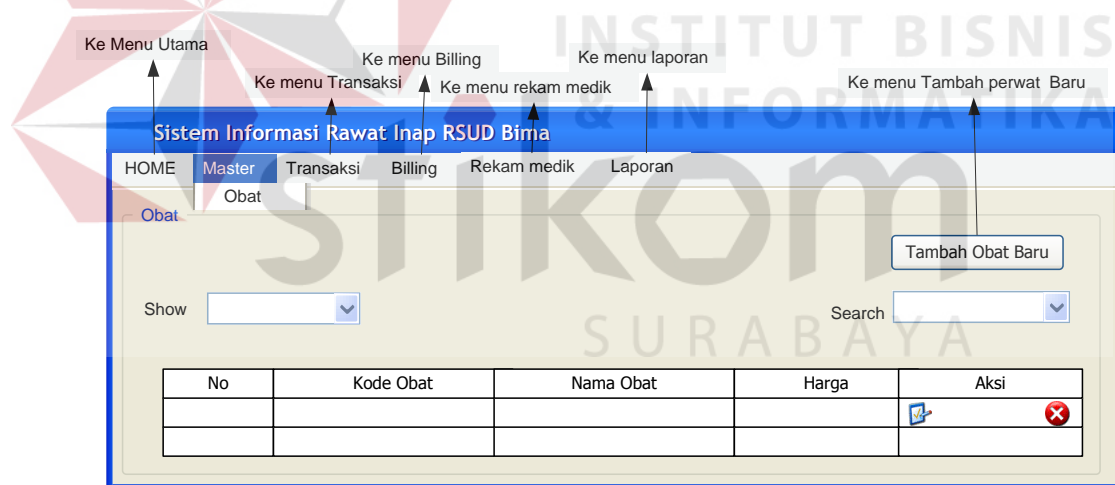
Rancangan formmaster perawat merupakan rancangan tampilan data perawat.Rancangan formmaster perawat dapat dilihat pada Gambar 3.24.



Gambar 3.24 Rancangan Form Master Perawat

8. Form Master Tambah Perawat

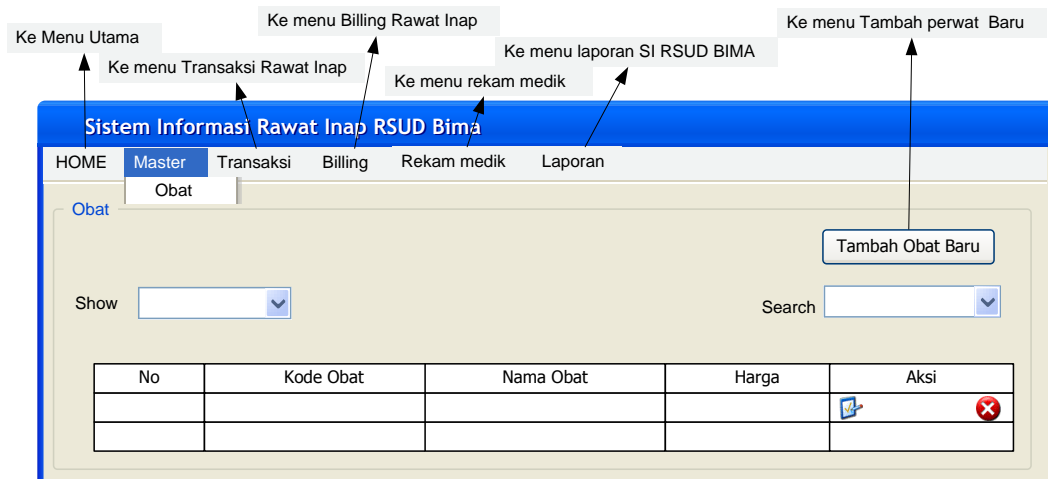
Rancangan form ini merupakan tampilan tambah data perawat baru yang dimasukanoleh *administrator*. Rancangan formtambah perawat dapat dilihat pada Gambar 3.25.



Gambar 3.25 Rancangan Form Tambah Master Perawat

9. Form Master Obat

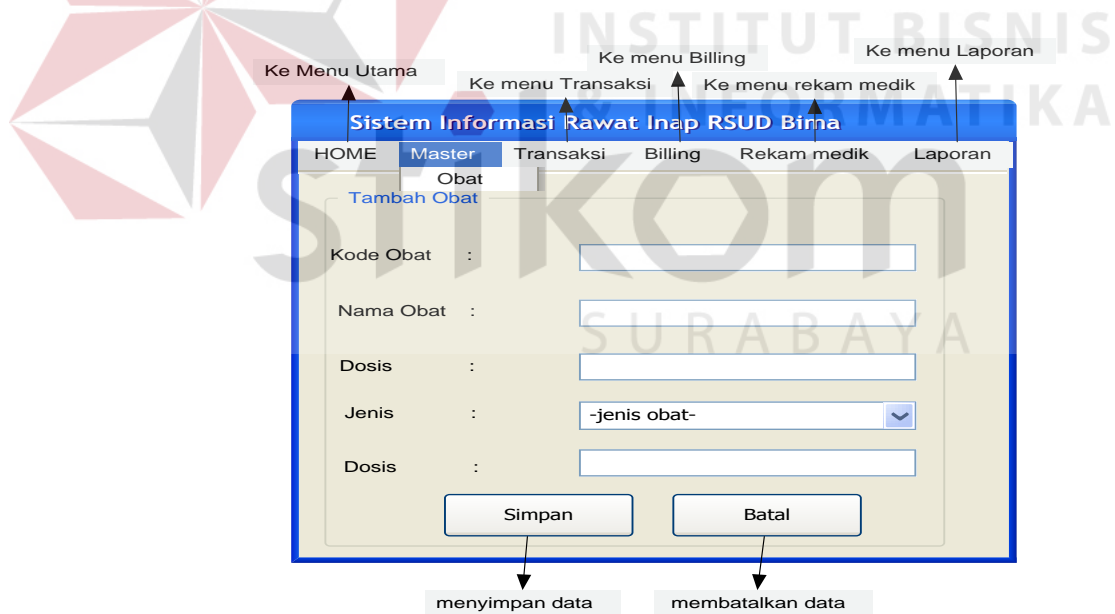
Rancangan formmaster obat merupakan rancangan tampilan data obat.Rancangan formmaster obat dapat dilihat pada Gambar 3.26.



Gambar 3.26 Rancangan Form Master Obat

10. Form Master Tambah Obat

Rancangan form ini merupakan tampilan tambah data obat baru yang dimasukan oleh *administrator*. Rancangan form tambah obat dapat dilihat pada Gambar 3.27.



Gambar 3.27 Rancangan Form TambahMaster Obat

11. Form Master ICD X level 1

Rancangan formmaster ICD X level 1 merupakan rancangan tampilan data ICD X level 1. Rancangan form ICD X level 1 dapat dilihat pada Gambar 3.28.

No	Chapter	Block	Title	Detail	Aksi
1	1	A00-B99	Certain Infectious and parasitic diseases	Lihat detail	

Gambar 3.28 Rancangan Form Master ICD X Level 1

12. Form Master Tambah ICD X Level 1

Rancangan form tambah master ICD X Level 1 merupakan rancangan tampilan untuk menambah data ICD X level 1. Rancangan form ICD X level 1 dapat dilihat pada Gambar 3.29.

Simpan Batal

Button menyimpan data Button membatalkan data

Gambar 3.29 Rancangan Form Tambah Master ICD X Level 1

13. Form Master ICD X Level 2

Rancangan formmaster ICD X Level 2 merupakan rancangan tampilan data ICD X level 2. Rancangan form ICD X level 2 dapat dilihat pada Gambar 3.30.

No	Block	Title	Detail	Aksi
1	A00-B99	Certain Infectious and parasitic diseases	Lihat detail	

Gambar 3.30 Rancangan Form Master ICD X Level 2

14. Rancangan Master Tambah ICD X Level 2

Rancangan form tambah master ICD X Level 2 merupakan rancangan tampilan untuk menambah data ICD X level 2. Rancangan form ICD X level 2 dapat dilihat pada Gambar 3.31.

Tambah ICD X Level 2

ID :



Blok :

Tittle :

Gambar 3.31 Rancangan Form Tambah Master ICD X Level 2

15. Form ICD X Level 3

Rancangan formmaster ICD X Level 3 merupakan rancangan tampilan data ICD X level 3. Rancangan form ICD X level 3 dapat dilihat pada Gambar 3.32.

No	Kode Penyakit	Nama Penyakit	Keterangan Penyakit	Aksi
1	A00.0	colera due to vibrio ...	classical cholera	 

Gambar 3.32 Rancangan Form Master ICD X Level 3

16. Form Master Tambah ICD X Level 3

Rancangan form tambah Master ICD X Level 3 merupakan rancangan tampilan untuk menambah data ICD X level 3. Rancangan form ICD X level 3 dapat dilihat pada Gambar 3.33.

ID :
 Kode Penyakit :
 Nama Penyakit :
 Keterangan :

Button menyimpan data Button membatalkan data

Gambar 3.33 Rancangan Form Master Tambah ICD X Level 3

17. Form Master Instalasi

Rancangan form Master Instalasi merupakan rancangan tampilan data Instalasi. Rancangan form instalasi dapat dilihat pada Gambar 3.34.

Gambar 3.34 Rancangan Form Master Instalasi

18. Form Master Tambah Instalasi

Rancangan form ini merupakan tampilan tambah data instalasi baru yang dimasukan oleh *administator*. Rancangan form tambah obat dapat dilihat pada Gambar 3.35.

Gambar 3.35 Rancangan Form Master Tambah Instalasi

19. Form Master Ruang

Rancangan formmaster ruangan merupakan rancangan tampilan data Ruangan. Rancangan formmaster ruangan dapat dilihat pada Gambar 3.36.

The screenshot shows the 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima' interface. The main menu includes 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'Rekam medik', and 'Laporan'. The 'Master' sub-menu is expanded to show 'Ruangan'. The 'Ruangan' section contains a 'Tambah Ruangan Baru' button, a search field with 'Enter Text' placeholder, and a table with the following columns: No, Kode ruangan, Nama ruangan, Kelas, Jumlah tempat tidur, Jenis pelayanan, Tarif, and Aksi. The table currently has one empty row. Arrows indicate navigation paths: 'Ke Menu Utama' (to HOME), 'Ke menu Transaksi' (to Transaksi), 'Ke menu Billing' (to Billing), 'Ke menu rekam medik' (to Rekam medik), 'Ke menu laporan SI RSUD BIMA' (to Laporan), and 'Menambah instalasi baru' (to the 'Tambah Ruangan Baru' button).

Gambar 3.36 Rancangan Form Master Ruangan

20. Form Master Tambah Ruangan

Rancangan form ini merupakan tampilan tambah data ruangan baru yang dimasukkan oleh *administator*. Rancangan form tambahruangan dapat dilihat pada Gambar 3.37.

The screenshot shows the 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima' interface with the 'Tambah Ruangan' form. The form contains the following fields: 'Kode Ruangan' (text input), 'Nama Ruangan' (text input), 'Kelas' (dropdown menu with 'Enter Text' placeholder), 'Jumlah Tempat Tidur' (text input), and 'Instalasi' (dropdown menu with 'Enter Text' placeholder). At the bottom, there are 'Simpan' and 'Batal' buttons. Arrows point from 'Simpan' to 'menyimpan data' and from 'Batal' to 'membatalkan data'. Navigation arrows point to: 'Ke Menu Utama' (to HOME), 'Ke menu Master' (to Master), 'Ke menu Billing' (to Billing), 'Ke menu rekam medik' (to Rekam medik), and 'Ke menu laporan' (to Laporan).

Gambar 3.37 Rancangan Form Tambah Master Ruangan

21. Form Master Tarif

Rancangan formmaster tarif merupakan rancangan tampilan data tarif ruangan. Rancangan formmaster tarif dapat dilihat pada Gambar 3.38.

Gambar 3.38 Rancangan Form Master Tarif

22. Form Master Edit Tarif

Rancangan *FormMaster* Edit Tarif Ruangan merupakan rancangan tampilan data memasukan data tarif ruangan berdasarkan kelas dari ruangan tersebut. Rancangan *Form Master* Ruangan dapat dilihat pada Gambar 3.39.

Gambar 3.39 Rancangan Form Edit Master Tarif

23. Form Master Tindakan Khusus

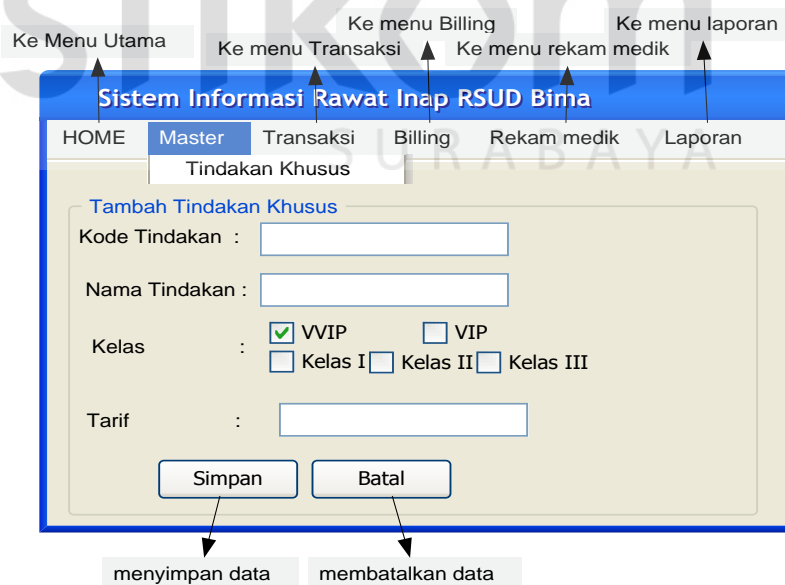
Rancangan formmaster tindakan khusus merupakan rancangan tampilan untuk data tindakan khusus. Rancangan formmaster tindakan khusus dapat dilihat pada Gambar 3.40.



Gambar 3.40 Rancangan FormMaster Tindakan Khusus

24. Form Master Tambah Tindakan Khusus

Rancangan Form ini merupakan tampilan tambah data tindakan khusus baru yang dimasukkan oleh *administator*. Rancangan form tambah tindakankhusus dapat dilihat pada Gambar 3.41.



Gambar 3.41 Rancangan Form Tambah Master Tindakan

25. Form Master Penunjang

Rancangan formmaster penunjang merupakan rancangan tampilan untuk data penunjang. Rancangan formmaster penunjang dapat dilihat pada Gambar 3.42.

Gambar 3.42 Rancangan Form Master Penunjang



26. Form Master Tambah Penunjang

Rancangan form ini merupakan tampilan tambah data penunjang baru yang dimasukkan oleh administrator. Rancangan form tambah penunjang dapat dilihat pada Gambar 3.43.

Gambar 3.43 Rancangan Form Master Tambah Penunjang

27. Form Pasien Masuk

Form ini didesain untuk registrasi pasien pada saat pasien masuk. Data pasien pada saat pertama kali registrasi atau mendaftar dimasukkan pada form ini. Form pasien masuk juga di desain untuk menampilkan informasi mengenai estimasi biaya awal dari pasien. Estimasi biaya tersebut diketahui dari diagnosa awal dari pasien. Rancangan Form Pasien Masuk dapat dilihat pada Gambar 3.44.

No	No Registrasi	Tanggal Masuk	JAM	Pasien	Cara Masuk	Diagnosa	Ruang	Estimasi lama perawatan	Estimasi biaya	Detail	Aksi
1	31032014001	31/03/2014	11:26:37	Roy rolando	IGD	colera due to vibrio	Bougenvile	5	130.000	Detil	 

Gambar 3.44 Rancangan Form Pasien Masuk

28. Form Tambah Pasien Masuk

Rancangan form ini merupakan tampilan menambah data pasien baru masuk. Rancangan form menambah pasien masuk dapat dilihat pada Gambar 3.45.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan

Ke menu Master Ke menu rekam medik

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam medik Laporan

Pasien Masuk

Tambah pasien masuk

No registrasi : 31032014001

Tanggal Masuk : 31/03/2014

Jam Masuk : 11:26:37

Nama Pasien : 7111/roy rolando

Dokter Penanggung Jawab : Budi

Cara Masuk : igd Oleh

Keluhan : Salit ulu hati

Diagnosa : Cholera

Sub Diagnosa : colera due to vibrio ...

Alergi Obat : Paracetamol

Alergi Makanan: Udang

Kasus Polisi : Ya Tidak

Simpan Batal

Gambar 3.45 Rancangan Form Tambah Pasien Masuk

29. Form Pilih Ruangun Pasien Masuk

Form ini didesain untuk memilih ruangan pada saat pasien registrasi masuk. Data ruangan yang ditampilkan berdasarkan kelas pada ruangan pada RSUD Bima. Pada saat memilih ruangan diberikan info pasien pada saat mendaftar, estimasi lama perawatan, estimasi biaya serta jumlah kamar yang tersedia. Estimasi biaya pasien berdasarkan diagnosa awal pasien, estimasi biaya

dihitung berdasarkan penjumlahan rata-rata biaya ruangan, visit dokter, obat, penunjang dan tindakan khusus berdasarkan penyakit yang sama dari pasien. Estimasi lama rawat pasien dihitung dari rata-rata lama perawatan berdasarkan penyakit pasien. Tabel adalah *action* adalah kolom memilih ruangan yang diinginkan oleh pasien, apabila sisa jumlah kamar tidur tidak ada maka kolom *action* tidak dapat dipilih. Rancangan form memilih ruangan dapat dilihat pada Gambar 3.46.

Ke Menu Utama Ke menu Master Ke menu rekam medik Ke menu Billing Ke menu laporan SI RSUD BIMA

Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima

HOME Master Transaksi Billing Rekam medik Laporan

Pasien Masuk

Tambah Pasien Masuk >> Pilih Ruangan

No registrasi : 31032014
Tanggal Masuk : 31/102014
Jam Masuk : 17:10
Nama Pasien : Roy rolando
Dokter :
Penanggung Jawab : Sucipto
Cara Masuk : Igd Oleh : Dr rita
Keluhan : sakit pada ulu hati
Diagnosa : Magh
Sub Diagnosa : Magh kronis
Alergi Obat : Mengandung asam
Alergi Makanan : Mengandung asam
Kasus Polisi : Tidak

Estimasi lama perawatan hari

Kelas	Ruangan	visit dokter	Obat	Penunjang	Tindakan Khusus	Sisa kamar Jumlah tempat tidur	Estimasi Biaya	Action
I	Rp.100.000	Rp.100.000	10.000	10.000	10.000	1	230.000	<input checked="" type="checkbox"/> Ya
II	Rp.100.000	Rp.100.000	10.000	10.000	Rp.100.000	0	320.000	<input type="checkbox"/> Ya
III	Rp.100.000	Rp.100.000	10.000	10.000	10.000	10	230.000	<input type="checkbox"/> Ya
VIP	Rp.100.000	Rp.100.000	10.000	10.000	10.000	1	230.000	<input type="checkbox"/> Ya

Gambar 3.46. Rancangan Form Memilih Ruangan Pasien Masuk

30. Form Detil Pasien Masuk

Form Detil memilih ruangan adalah form yang memberikan info keseluruhan data pasien berdasarkan pada saat pasien memilih ruangan dan pada saat registrasi pasien masuk. Rancangan form detil pasien masuk dapat dilihat pada Gambar 3.47.

The screenshot shows the 'Sistem Informasi RSUD Bima' interface. The main menu includes HOME, Master, Transaksi, Billing, Rekam medik, and Laporan. The 'Transaksi' menu is active, showing 'Pasien Masuk'. The 'Detail' view for a patient entry is displayed, with the following information:

No registrasi	: 31032014
Tanggal Masuk	: 31/102014
Jam Masuk	: 17:10
Nama Pasien	: Roy rolando
Dokter Penanggung Jawab	: Sucipto
Cara Masuk	: Igd Oleh Dr.rita
Keluhan	: sakit pada ulu hati
Diagnosa	: Magh
Sub Diagnosa	: Magh kronis
Alergi Obat	: Mengandung asam
Alergi Makanan	: Mengandung asam
Kasus Polisi	: Tidak
Estimasi lama perawatan:	5 hari
Ruangan	: JERUK(VVIP)

Gambar 3.47 Rancangan Form Detil Pasien Masuk

31. Form Penanggung Jawab

Rancangan form ini adalah sebagai data penanggung jawab dari pasien, Data penanggung jawab dimasukan pada saat registrasi pasien masuk. Rancangan Form Penanggung Jawab dapat dilihat pada Gambar 3.48.

Ke Menu Utama

Ke menu Master

Ke menu Billing

Ke menu rekam medik

Ke menu laporan

Menambah penanggung jawab pasien

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam medik Laporan

Pasien Masuk

Penanggung jawab

Tambah penanggung jawab baru

Show :

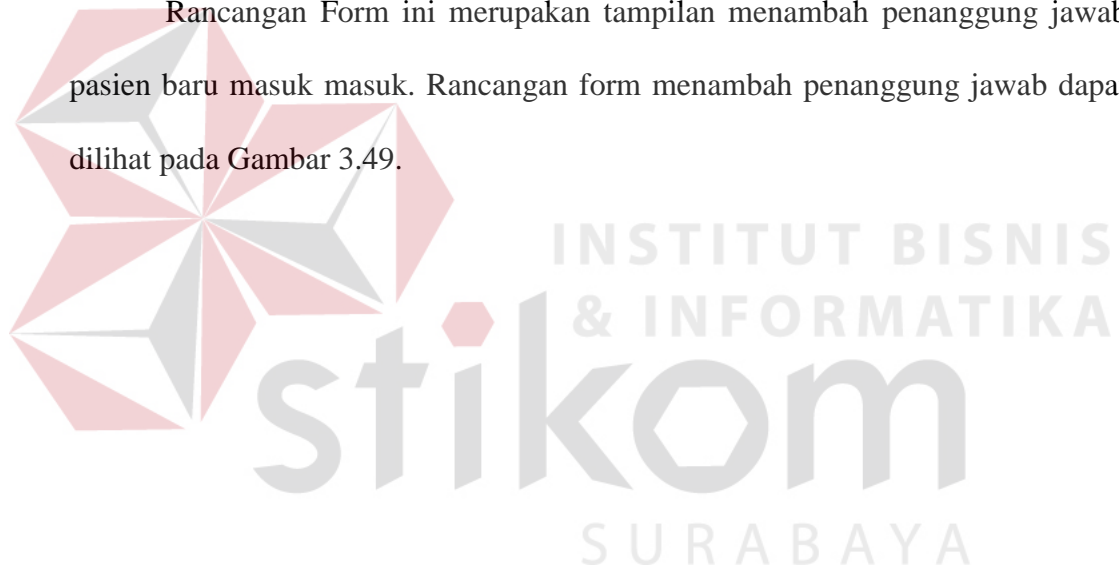
Search :

No	Kode penanggung jawab	Nama Penanggung jawab	Pasien	No ktp	Aksi

Gambar 3.48 Rancangan Form Master Penanggung Jawab

32. Form Tambah Penanggung Jawab

Rancangan Form ini merupakan tampilan menambah penanggung jawab pasien baru masuk masuk. Rancangan form menambah penanggung jawab dapat dilihat pada Gambar 3.49.



The image shows a web application interface for 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima'. The main menu includes 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'Rekam medik', and 'Laporan'. The 'Transaksi' menu is selected, and the 'Tambah penanggung jawab' form is displayed. The form contains the following fields:

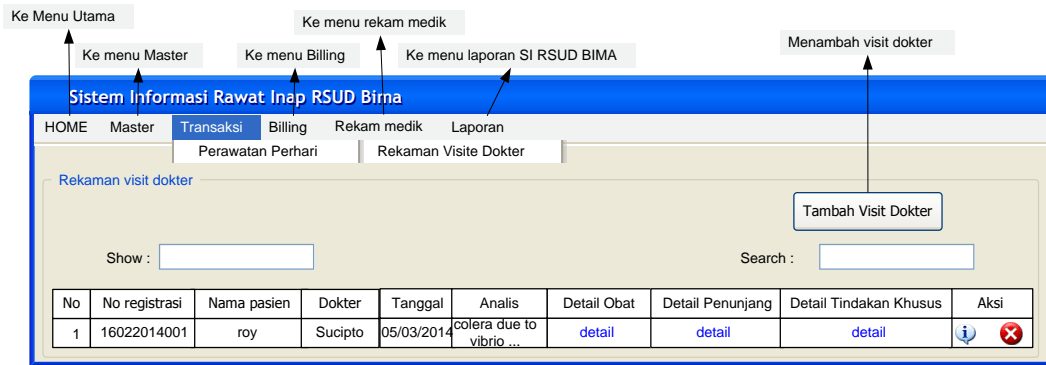
- Kode Penanggung Jawab
- Penanggung Jawab
- Pasien
- Hubungan
- Pekerjaan
- Alamat
- Telepon
- Alamat Kantor
- Telepon Kantor
- No Ktp

At the bottom of the form are two buttons: 'Simpan' and 'Batal'. Callouts with arrows point to the following menu options: 'Ke Menu Utama', 'Ke menu Master', 'Ke menu Billing', 'Ke menu rekam medik', and 'Ke menu laporan'.

Gambar 3.49 Rancangan Form Tambah Penanggung Jawab

33. Form Rekaman Visit Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menambah dan menampilkan data Rekaman Visit Dokter setiap harinya. Rancangan Form Visit Dokter dapat dilihat pada Gambar 3.50.



Gambar 3.50 Rancangan Form Visit Dokter

34. Form Tambah Rekaman Visit Dokter

Rancangan Form ini merupakan tampilan menambah rekaman visit dokter.

Rancangan form menambah rekaman visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.51.

Tambah visit dokter

Kode visit dokter : voo3

Tanggal visit dokter : 17/03/2014

Nama pasien : 16000/222/roy

Nama dokter : sucipto

Subyektif : Sakit uluh hati

Obyektif : Trolip 1 x 1

Analisis : cholera

Simpan Batal

Gambar 3.51 Rancangan Form Tambah Visit Dokter

35. Form Transaksi Detil Rekaman Pemberian Obat Visit Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan detail pemberian obat yang diinstruksikan oleh dokter setiap harinya. Rancangan form detail pemberian pemberian obat visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.52.

The screenshot shows the 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birha' interface. The main menu includes HOME, Master, Transaksi, Billing, Rekam medik, and Laporan. The 'Transaksi' menu is active, showing sub-menus for Perawatan Perhari and Visit Dokter. The 'Detail Obat' form displays the following data:

Kode Visite Dokter	PO01
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Below the form is a 'Tambah Obat' button and a search area with 'Show : [input]' and 'Search : [input]'. A table lists the prescribed medication:

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Aksi
1	Azam Metafenamin	3x 1		

Navigation arrows point to various menu items: 'Ke Menu Utama', 'Ke menu Master', 'Ke menu Billing', 'Ke menu laporan SI RSUD BIMA', 'Ke menu rekam medik', and 'Menambah detil obbat visit dokter'.

Gambar 3.52 Rancangan Form Detil Visit Dokter

36. Form Transaksi Detil Tambah Obat Visit Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan detail tambah pemberian obat berdasarkan visit dokter setiap harinya. Rancangan form detail tambah pemberian pemberian obat visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.53.

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam medik Laporan

Tambah visit dokter pemberian obat

Kode detail visit dokter: DVD0001

Obat: Diazepam

Dosis: 3 x 1

Cara Pemberian: Injeksi

Simpan Batal

Gambar 3.53 Rancangan Form Transaksi Detil Tambah Obat Visit Dokter

37. Form Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan detail tindakan khusus yang diinstruksikan oleh dokter setiap harinya. Rancangan form tindakan khusus visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.54.

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master Transaksi Billing rekam medik Laporan

Perawatan Perhari Visite Dokter

Visite dokter >> detil tindakan khusus visit dokter

Kode Visite Dokter	POO1
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Tambah Tindakan Khusus

Show : Search :

No	Kode detail Tindakan Khusus	Tindakan Khusus	Aksi
1	DTK001	Kemothepary	

Gambar 3. 54 Rancangan Form Transaksi Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

38. Form Transaksi Detil Tambah Tindakan Khusus Visite Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan detail tambah tindakan khusus berdasarkan visit dokter setiap harinya. Rancangan form detil tambah tindakan khusus visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.55.

Gambar 3.55 Rancangan Form Transaksi Tambah Tindakan Khusus Visit Dokter

39. Form Detil Penunjang Visit Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan penunjang yang diinstruksikan oleh dokter setiap harinya. Rancangan form penunjang visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.56.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik Menambah detail penunjang visit dokter
 Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan
 Perawatan Perhari Rekaman visit dokter

Visit dokter >> Detail penunjang

Kode Visite Dokter	POO1
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Tambah Penunjang

Show : Search :

No	Kode detail Penunjang	Penunjang	Aksi
1	DTK001	Kemotherapy	

Gambar 3.56 Rancangan Form Transaksi Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

40. Form Transaksi Detil Tambah Penunjang Visite Dokter

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan detail tambah penunjang berdasarkan visit dokter setiap harinya. Rancangan form detail tambah penunjang visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.57.

Ke Menu Utama Ke menu Master Ke menu rekam medik
 Ke menu Billing Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan

Visite dokter >> Tambah Detil penunjang

Kode detil penunjang DVD0001

Penunjang Kemotherapy

Simpan Batal

Gambar 3.57 Rancangan Form Transaksi Tambah Penunjang Visit Dokter

41. Form Diagnosa Keperawatan

Rancangan form diagnosa Keperawatan berfungsi untuk menambah dan menampilkan informasi diagnosa keperawatan tiap harinya. Tanggal diagnosa muncul dan tanggal teratasinya berada pada form ini. Rancangan Form Penanggung dapat dilihat pada Gambar 3.58.

The screenshot displays the 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bina' interface. At the top, there is a navigation bar with a blue header. Below the header, a menu bar contains 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'rekam medik', and 'Laporan'. Underneath, there are sub-menus for 'Perawatan Perhari' and 'Diagnosa Keperawatan'. The main content area is titled 'Diagnosa Keperawatan' and includes a 'Tambah diagnosa keperawatan' button. Below this, there are 'Show : [input]' and 'Search : [input]' fields. At the bottom, a table is shown with the following columns: No, No registrasi, Pasien, Tanggal Muncul, Diagnosa, Rumusan Keperawatan, Tanggal Teratasi, Nama Perawat, and Aksi. The table currently contains one empty row. A large watermark for 'STIKOM SURABAYA' is overlaid on the image.

Gambar 3.58 Rancangan Form Master Diagnosa Keperawatan

42. Form Tambah Diagnosa Keperawatan

Rancangan Form ini merupakan tampilan menambah diagnosa keperawatan. Rancangan form menambah diagnosa keperawatan dapat dilihat pada Gambar 3.59.

The image shows a screenshot of a web application interface for 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna'. The interface has a blue header with the system name and a navigation bar with tabs: HOME, Master, Transaksi, Billing, Rekam medik, and Laporan. The 'Transaksi' tab is active. Below the navigation bar, there is a form for adding a nursing diagnosis master. The form contains the following fields:

- Tanggal Muncul :
- Nama Perawat :
- No. RM :
- Nama Pasien :
- Diagnosa :
- Sub Diagnosa :
- Rumusan :
- Tanggal Teratasi :

At the bottom of the form is a 'Simpan' button. Above the form, there are several navigation arrows pointing to different menu options: 'Ke Menu Utama', 'Ke menu Billing', 'Ke menu laporan', 'Ke menu Master', and 'Ke menu rekam medik'. A large watermark logo for 'STIKOM SURABAYA' is overlaid on the image.

Gambar 3.59 Rancangan Form Tambah Master Diagnosa Keperawatan

43. Form Observasi Perawat

Rancangan form observasi perawat berfungsi untuk menambah dan menampilkan data catatan observasi perawat yang dilakukan setiap harinya.

Rancangan Form Observasi Perawat dapat dilihat pada Gambar 3.60.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan

Ke menu Master Ke menu Rekam medik

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam medik Laporan

Perawatan Perhari Observasi Perawat

Observasi perawat

Tambah observasi perawat

Show :

Search :

No	No registrasi	Nama pasien	Perawat	Tanggal	Jam	Detail Tindakan Khusus	Detail Penunjang	Aksi
						Detail	Detail	

Gambar 3.60 Rancangan Form Observasi Perawat

44. Form Tambah Observasi Perawat

Rancangan Form ini merupakan tampilan menambah observasi perawat.

Rancangan form menambah observasi perawat dapat dilihat pada Gambar 3.61.



The image shows a screenshot of a web-based form titled "Tambah Observasi Perawat" within the "Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna" application. The form is designed for recording nursing observations. It features a navigation bar at the top with tabs for "HOME", "Master", "Transaksi", "Billing", "rekam medik", and "Laporan". Above the form, several callout boxes with arrows point to specific navigation options: "Ke Menu Utama", "Ke menu Master", "Ke menu Billing", "Ke menu rekam medik", and "Ke menu laporan".

The form fields are as follows:

- Kode Observasi Perawat :** KOP001
- Tanggal :** 23/1/2011
- Jam :** 19.40
- Nama Pasien :** ROY ROLANDO
- Nama Perawat :** ANI
- Subyektif :** Enter Text
- Obyektif :** Enter Text
- Tensi :** / FPM
- Nadi :** / Menit
- Suhu :** / Celcius
- Analisis :** Masalah teratasi
- Planning :** Enter Text

At the bottom of the form, there are two buttons: "Simpan" (Save) and "Batal" (Cancel). A large, semi-transparent watermark logo for "stikom" is visible in the background of the form area.

Gambar 3.61 Rancangan Form Tambah Observasi Perawat

45. Form Detil Tindakan Khusus Observasi Perawat

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan data tindakan khusus berdasarkan data tindakan khusus yang dimasukkan pada visit dokter dan apabila sudah dilakukan oleh perawat maka status berubah menjadi sudah dilakukan. Rancangan tindakan khusus observasi perawat dapat dilihat pada Gambar 3.62.

Ke Menu Utama
Ke menu Master
Ke menu Billing
Ke menu laporan



Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam medik Laporan
Perawatan Perhari Observasi Perawat

Observasi Perawat > Detail Tindakan Khusus

Kode Observasi Perawat	KOB001
Tanggal Observasi Perawat	27/01/2014
Jam Observasi Perawat	10.30
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	Ani
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio
Planning	

Show : Search :

No	Tindakan Khusus	Status	Aksi
1	Kemotherapy	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah dilakukan	 

Gambar 3.62 Rancangan Form Tindakan Khusus Observasi Perawat

46. Form Detil Penunjang Observasi Perawat

Rancangan form ini berfungsi untuk menampilkan data penunjang berdasarkan data penunjang yang dimasukkan pada visit dokter dan apabila sudah dilakukan oleh perawat maka status berubah menjadi sudah dilakukan. Rancangan penunjang observasi perawat dapat dilihat pada Gambar 3.63.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik
 ↑ Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan
 Perawatan Perhari Observasi Perawat

Observasi Perawat >> Detail penunjang

Kode Observasi Perawat	KOB001
Tanggal Observasi Prawat	27/01/2014
Jam Observasi Prawat	10.30
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	Ani
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio
Planning	

Show : Search :

No	Penunjang	Status	Aksi
1	Kemotherapy	<input checked="" type="checkbox"/> Sudah dilakukan	i x

Gambar 3.63 Rancangan Form PenunjangObservasi Perawat

47. Form Rekaman Pemberian Obat

Rancangan form ini menampilkan data pemberian obat yang sudah dilakukan oleh perawat setiap harinya. Rancangan Form Pemberian Obat dapat dilihat pada Gambar 3.64.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik
 ↑ Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan Menambah pemberian obat

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan
 Perawatan Perhari Rekaman Pemberian Obat

Pemberian obat

Show : Search :

No	Tanggal	No registrasi	Nama pasien	Nama Perawat	Detail	Aksi
1	27012014001	27012014001	Roy	Uny	Liat detil	i x

Gambar 3.64 Rancangan Form Pemberian Obat

48. Form Tambah Rekaman Pemberian Obat

Rancangan form ini merupakan tampilan menambah pemberian obat.

Rancangan form menambah pemberian obat dapat dilihat pada Gambar 3.65.

The screenshot shows a web application interface for 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima'. The main menu bar includes 'HOME', 'Master', 'Transaksi', 'Billing', 'rekam medik', and 'Laporan'. The 'Transaksi' menu is currently selected. Below the menu, there is a form titled 'Tambah pemberian obat'. The form contains the following fields and controls:

- Kode pemberian obat**: A text input field.
- Tanggal**: A date input field.
- Nama Pasien**: A dropdown menu.
- Nama Perawat**: A dropdown menu.
- Simpan**: A button to save the record.
- Batal**: A button to cancel the record.

Navigation arrows from the form point to the following menu options:

- Ke Menu Utama (from HOME)
- Ke menu Master (from Master)
- Ke menu Billing (from Billing)
- Ke menu rekam medik (from rekam medik)
- Ke menu laporan (from Laporan)

Gambar 3.65 Rancangan Form Tambah Pemberian Obat

49. Form Detil Pemberian Obat

Rancangan Form ini menampilkan data pemberian obat yang dimasukkan oleh dokter pada saat pemberian obat visit dokter, status pemberian obat akan berubah apabila perawat sudah melakukan instruksi dokter. Rancangan form detil pemberian obat dapat dilihat pada Gambar 3.66.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik
 Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan
 Perawatan Perhari Rekaman Pemberian Obat

Pemberian Obat >> Detail

Kode Pemberian Obat	PO01
Tanggal Pemberian Obat	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	uni

Show : Search :

No	Obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu pemberian	Status	Aksi
1	DIAZEPAM	3	ORAL	<input checked="" type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Siang <input type="checkbox"/> Malam	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	

Simpan Batal

Gambar 3.66 Rancangan Form Detil Pemberian Obat

50. Rekaman Pemberian Cairan

Rancangan form ini menampilkan data pemberian obat yang sudah dilakukan oleh perawat setiap harinya. Rancangan Form Pemberian Obat dapat dilihat pada Gambar 3.67.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik
 Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan Menambah pemberian cairan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing rekam medik Laporan
 Perawatan Perhari Rekaman Pemberian Cairan

Rekaman pemberian obat

Tambah pemberian cairan baru

Show : Search :

No	No Registrasi	Nama pasien	Nama perawat	Tanggal	Jam	Detail	Aksi
						Detail	

Gambar 3.67 Rancangan Form Pemberian Cairan

51. Form Tambah Pemberian Cairan

Rancangan form ini merupakan tampilan menambah pemberian cairan. Rancangan form menambah pemberian cairan dapat dilihat pada Gambar 3.68.

Gambar 3.68 Rancangan Form TambahPemberian Cairan

52. Form Transaksi Detil Pemberian Cairan

Rancangan Form ini menampilkan data pemberian cairan yang dimasukan oleh dokter pada saat pemberian obat visit dokter, status pemberian cairan akan berubah apabila perawat sudah melakukan instruksi dokter. Rancangan form detil pemberian cairan dapat dilihat pada Gambar 3.69.

No	Nama cairan	Tetes	Nama obat	NGT	drain	Keterangan	Aksi
1	DIAZEPAM	3	Enter Text				

Gambar 3.69 Rancangan Form Detil Pemberian Cairan

53. Rekaman Pindah Ruang

Rancangan form ini berfungsi apabila pasien ingin pindah ruangan.

Rancangan Form Pindah Ruang dapat dilihat pada Gambar 3.70.

Gambar 3.70 Rancangan Form Pindah Ruang

54. Form Tambah Pindah Ruang

Rancangan Form ini merupakan tampilan menambah rekaman visit dokter.

Rancangan form menambah rekaman visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.71.

Gambar 3.71 Rancangan Form Tambah Pindah Ruang

55. Form Transaksi Pasien Keluar

Rancangan form ini berfungsi menampilkan data pasien keluar. Rancangan Form Pindah Ruang dapat dilihat pada Gambar 3.72.

No	No registrasi	Tanggal KRS	Jam KRS	Nama Pasien	Keadaan KRS	DETAIL Obat	Aksi
						DETAIL	

Gambar 3.72 Rancangan Form Pasien Keluar

56. Form Tambah Pasien Keluar

Rancangan form ini berfungsi menambah pada saat pasien keluar dari rumah sakit. Form Pasien keluar menampilkan informasi kepada pasien mengenai waktu kontrol, lanjutan perawatan di rumah, aturan diet dan nutrisi, obat-obat yang masih diminum serta hasil yang dibawa pulang. Rancangan Form Pindah Ruang dapat dilihat pada Gambar 3.73.

The image shows a web-based form for 'Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna'. The form is titled 'Tambah Pasien Keluar' and is part of the 'Transaksi' menu. It contains several input fields and dropdown menus for recording patient discharge information. The fields are: 'Tanggal KRS' (25/01/2013), 'Jam KRS' (22:10), 'Pasien' (Yayang DRM), 'Keadaan KRS' (Membah), 'Cara Keluar' (Lari), 'Waktu kontrol' (empty), 'Tempat Kontrol' (empty), 'Lanjutan perawatan Rumah' (empty), and 'Aturan diet dan Nutrisi' (empty). There are two 'Enter Text' input boxes with dropdown arrows. At the bottom, there are 'Simpan' and 'Batal' buttons. Navigation callouts point to 'Ke Menu Utama', 'Ke menu Master', 'Ke menu Billing', 'Ke menu rekam medik', and 'Ke menu laporan'.

Gambar 3.73 Rancangan Form Pasien Keluar

57. Form Detil Obat dibawa pulang

Rancangan form ini berfungsi menampilkan data detail obat yang masih diminum pasien pada saat keluar dari rumah sakit. Rancangan detail obat yang masih diminum pada saat keluar dari rumah sakit dapat dilihat pada Gambar 3.74.

Ke Menu Utama Ke menu rekam medik
 Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan Menambah data obat yang dibawa pulang

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam Medik Laporan

Perawatan Perhari Rekaman Pemberian Obat

Pemberian obat >> **Detail Obat Yang dibawa Pulang**

No registrasi	POO1
Tanggal KRS	27/01/2014
Jam KRS	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Keadaan KRS	Sucipto

Tambah Obat

Show : Search :

No	Kode Obat	Nama Obat	Jumlah	Aksi
1	27012014001			

Gambar 3.74 Rancangan Form Detil Obat yang masih diminum

58. Form Tambah Detil Obat Dibawa Pulang

Rancangan form ini berfungsi menambah data detail obat yang masih diminum pasien pada saat keluar dari rumah sakit. Rancangan menambag detail obat yang masih diminum pada saat keluar dari rumah sakit dapat dilihat pada Gambar 3.75.

Ke menu Master Ke menu billing Ke menu laporan
 Ke Menu Utama Ke menu Transaksi Ke menu rekam medik

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master **Transaksi** Billing Rekam Medik Laporan

Tambah Detil Obat Dibawa Pulang

Obat ▼

Jumlah

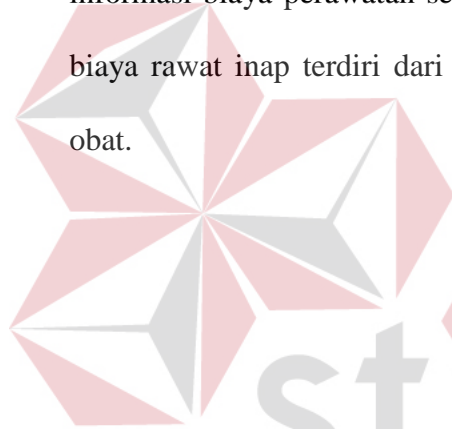
Gambar 3.75 Rancangan Form Tambah Detil Obat yang masih diminum

Desain *output* yang dihasilkan dari Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima diberikan ke 3 pihak yaitu pasien yang menerima

billing atau biaya perawatan selama di rumah sakit, pihak eksekutif yang menerima laporan rekapitulasi harian pasien rawat inap, laporan fasilitas tempat tidur rawat inap dan pihak dinas kesehatan atau kemenkes menerima laporan laporan indikator pelayanan rumah sakit, laporan fasilitas tempat tidur pasien rawat inap, laporan kegiatan pelayanan rawat inap, laporan pengunjung rumah sakit, dan laporan 10 besar penyakit rawat inap.

1. Billing System

Seperti yang terlihat pada gambar 3.76 *Billing System* menampilkan informasi biaya perawatan selama perawatan di rawat inap rumah sakit. Rincian biaya rawat inap terdiri dari biaya kamar, tindakan, penunjang, visit dokter dan obat.



INSTITUT BISNIS
& INFORMATIKA
stikom
SURABAYA

The screenshot shows a web application interface for 'Biaya Kamar'. At the top, there are navigation tabs: HOME, Master, Transaksi, Billing (selected), Rekam Medik, and Laporan. Below the tabs, there is a search section for 'Pasien' with a dropdown menu and a 'Cari' button. A 'Cetak' button is also present. The main content area is divided into three sections:

IDENTITAS PASIEN

no	Identitas	
1	No rekam medik :	
2	Nama Pasien :	
3	Jenis kelamin :	
4	Umur :	
5	Alamat :	
6	Pekerjaan	
7	Perawatan dari	
8	Lama perawatan	

Rincian Biaya

1	Biaya Tindakan Khusus	
2	Biaya Penunjang	
3	Biaya ruangan	
4	Biaya visit dokter	
5	Biaya Obat	
6	Sub Total	

Detil Pemakaian Obat/ Resep

Kode Obat	Tanggal Pemberian	Nama obat	Harga	Jumlah	Subtotal

Gambar 3.76 Rancangan Form Perincian Biaya

2) Form Rekam Medik

Rancangan form rekam medik berfungsi menampilkan data rekam medik pasien. Cara menampilkan nama pasien dengan memasukkan nama pasien atau no rekam medik pasien. Rekam medik pasien terdiri dari rekaman detil visit dokter, diagnosa keperawatan, observasi keperawatan, pemberian cairan dan pemberian obat. Visit dokter terdiri dari detil obat, detil tindakan khusus dan detil penunjang.

Observasi perawat dapat dilihat terdiri dari detail penunjang dan tindakan khusus.

Rancangan form rekam medik dapat dilihat pada Gambar 3.77.

Sistem Informasi RSUD Bima

HOME Master Transaksi Billing **Rekam medik** Laporan

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu rekam medik Ke menu laporan

Rekam Medik

Pasien pasien

Identitas

No rm : 2
 No registrasi : 31032014
 Nama pasien : Roy rolando
 Jenis kelamin : Pria
 Umur : 23 tahun
 Alamat : Jalan datuk dibanta
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Perawatan dari : 01/01/10
 Lama perawatan : 5 hari

Visit dokter

No	No Registrasi	Dokter	Tanggal	Analisis	Detil Obat	Detil Tindakan Khusus	Detil Penunjang
						Detil	Detil

Diagnosa keperawatan

No	No Registrasi	Pasien	Tanggal muncul	Diagnosa	Rumusan	Tanggal teratasi	Perawat

Observasi Perawat

No	No Registrasi	Pasien	perawat	Tanggal	Jam	Detil Penunjang	Detil Tindakan Khusus
						Detil	Detil

Pemberian Obat

No	Tanggal	No Registrasi	Pasien	Perawat	Detil Obat
					Detil

Pemberian Cairan

No	No registrasi	Nama pasien	Perawat	Tanggal	Jam	Detil Cairan
						Detil

Gambar 3.77 Rancangan Form Rekam Medik Pasien

2.1 Rekam Medik Detil Obat Visit Dokter

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil obat visit dokter. Obat yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian obat yang dilakukan oleh dokter pada transaksi detil obat visit dokter. Rancangan Form rekam medik detil obat visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.78.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan SI RSUD BIMA

Ke menu Master Ke menu rekam medik

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna

HOME Master Transaksi Billing **Rekam medik** Laporan

Rekam Medik detail pemberian obat visit dokter

Kode Visite Dokter	P001
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Show : Search :

No	Nama Obat	Jumlah	Waktu	Cara Pemberian
1	Azam Metafenamin	1	Pagi	

Gambar 3.78 Rancangan Form Rekam Medik Detail Obat Visit Dokter

2.2 Rekam Medik Detail Tindakan Khusus Visit Dokter

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detail tindakan khusus visit dokter. Obat yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian tindakan khusus yang dilakukan oleh dokter pada transaksi detail tindakan khusus visit dokter. Rancangan Form rekam medik detail tindakan khusus visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.79.

Ke Menu Utama
Ke menu Master
Ke menu Billing
Ke menu rekam medik
Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master Transaksi Billing **Rekam Medik** Laporan

Rekam Medik detail tindakan khusus visit dokter

Kode Visite Dokter	PO01
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Show : Search :

No	Kode detail Tindakan Khusus	Tindakan Khusus
1	DTK001	Kemotherapy

Gambar 3.79 Rancangan Form Rekam Medik Detil Tindakan Khusus Visit Dokter

2.3 Rekam Medik Detil Penunjang Visit Dokter

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil penunjang visit dokter. Penunjang yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian penunjang yang dilakukan oleh dokter pada transaksi detil penunjang visit dokter. Rancangan Form rekam medik detil penunjang visit dokter dapat dilihat pada Gambar 3.80.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan
 Ke menu Master Ke menu rekam medik

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna

HOME Master **Transaksi** Billing **Rekam Medik** Laporan

Rekam Medik detail penunjang visit dokter

Kode Visite Dokter	PO01
Tanggal Visite Dokter	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Dokter	Sucipto
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio

Show : Search :

No	Kode detail Penunjang	Penunjang
1	DTK001	Kemotherapy

Gambar 3.80 Rancangan Form Rekam Medik Penunjang Visit Dokter

2.4 Rekam Medik Detil Penunjang Observasi Perawat

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil penunjang observasi. Penunjang yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian penunjang dilakukan oleh dokter pada transaksi detil penunjang observasi perawat. Rancangan Form rekam medik detil penunjang observasi perawat dapat dilihat pada Gambar 3.81.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan
Ke menu Master Ke menu rekam medik

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bina

HOME Master Transaksi Billing **Rekam medik** Laporan

Rekam Medik detail penunjang observasi perawat

Kode Observasi Perawat	KOB001
Tanggal Observasi Prawat	27/01/2014
Jam Observasi Prawat	10.30
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	Ani
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vebrio
Planning	

Show : Search :

No	Penunjang
1	Kemotherapy

Gambar 3.81 Rancangan Form Rekam Medik Penunjang Observasi Perawat

2.5 Rekam Medik Detil Tindakan Khusus Observasi Perawat

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil tindakan khusus observasi perawat. Tindakan khusus yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian tindakan khusus yang dilakukan oleh perawat pada transaksi detil tindakan khusus observasi perawat. Rancangan Form rekam medik detil tindakan khusus observasi perawat dapat dilihat pada Gambar 3.82.

Ke Menu Utama Ke menu Billing Ke menu laporan

Ke menu Master Ke menu rekam medik

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Birna

HOME Master Transaksi Billing **Rekam Medik** Laporan

Rekam Medik detail Tindakan khusus observasi perawat

Kode Observasi Perawat	KOB001
Tanggal Observasi Prawat	27/01/2014
Jam Observasi Prawat	10.30
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	Ani
Subyektif	Sakit pada ulu hati
Obyektif	Skala nyeri 3
Analisis	Cholera due to vibrio
Planning	

Show : Search :

No	Tindakan Khusus
1	Kemotherapy

Gambar 3.82 Rancangan Form Rekam Medik Tindakan Khusus Observasi Perawat

2.6 Rekam Medik Detil Pemberian Obat

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil pemberian obat. Pemberian obat yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian obat yang dilakukan oleh perawat pada transaksi pemberian obat. Rancangan Form rekam medik detil pemberian obat dapat dilihat pada Gambar 3.83.

Ke Menu Utama Ke menu transaksi
 ↑ ↑ ↑ ↑
 Ke menu Master Ke menu Billing Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master Transaksi Billing **Rekam medik** laporan

Rekam medik>>detil pemberian obat

Kode Pemberian Obat	POO1
Tanggal Pemberian Obat	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	uni

Show : Search :

No	Obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu pemberian
1	DIAZEPAM	3	ORAL	Pagi, siang

Gambar 3.83 Rancangan Form Rekam Medik Pemberian Obat

2.7 Rekam Medik Detil Pemberian Cairan

Rancangan Form ini menampilkan data rekam medik detil pemberian cairan. Pemberian cairan yang ditampilkan adalah rekaman dari pemberian cairan yang dilakukan oleh perawat pada transaksi pemberian cairan. Rancangan Form rekam medik detil pemberian cairan dapat dilihat pada Gambar 3.85.

Ke menu Master Ke menu Billing
 ↑ ↑
 Ke Menu Utama Ke menu Transaksi Ke menu laporan

Sistem Informasi Rawat Inap RSUD Bima

HOME Master Transaksi Billing **Rekam medik** Laporan

Rekam medik>> detil pemberian cairan

Kode Pemberian cairan	POO1
Cairan	27/01/2014
Pasien	27012014001 / 23423423 / lalu sri
Perawat	uni

Show : Search :

No	Nama cairan	Tetesan	Nama obat	NGT	drain	Keterangan
1	DIAZEPAM	3				

Gambar 3.84 Rancangan Form Rekam Medik Pemberian Cairan

3) Form Rekapitulasi Harian Pasien Rawat Inap

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil perhitungan rekapitulasi harian pasien rawat inap berdasarkan ruangan. Rancangan form rekapitulasi harian pasien rawat inap ini dilaporkan bagi pihak eksekutif rumah sakit. Rancangan Form Rekapitulasi harian Rawat Inap dapat dilihat pada Gambar 3.85.

RUANGAN :

TAHUN :

1	2	3	4	5	6	7	8	PERINCIAN PASIEN MATI		11	12	13	14	PERINCIAN JUMLAH PASIEN			
								9	10					Kelas Utama / VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III
BULAN	PASIE AWAL	PASIE MASUK	PASIE PINDAHAN	JUMLAH (2+3+4)	PASIE DIPINDAHKAN	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE MATI (9+10)	KUNJUNGAN DAPIL AS. IAMA	48 JAM DAN LEBIH	JUMLAH (6+7+8)	JUMLAH LAMA DIRAWAT	Pasien keluar / masuk pada hari yang sama	Pasien sisa (yang masih dirawat)	Kelas Utama / VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Gambar 3.85 Rancangan Form Rekapitulasi Harian Pasien Rawat Inap

4) Form Rekapitulasi Tempat Tidur Rawat Inap

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil perhitungan jumlah tempat tidur yang tersedia pada rawat inap. Rancangan Form Rekapitulasi Tempat Tidur Rawat Inap dapat dilihat pada Gambar 3.86.

FASILITAS TEMPAT TIDUR RAWAT INAP

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap

NO	JENIS PELAYANAN	Jumlah TT	PERINCIAN TEMPAT TIDUR PERKELAS					
			VVIP	VIP	1	2	3	KELAS KHUSUS
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Gambar 3.86 Rancangan Form Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap

5) Form Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil penghitungan BOR, LOS, BTOI, TOI, NDR, GDR, dan rata-rata kunjungan perhari selama satu tahun. Rancangan Indikator Pelayanan Rumah Sakit dapat dilihat pada Gambar 3.87.

INDIKATOR PELAYANAN RUMAH SAKIT

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Tahun	BOR	LOS	BTO	TOI	NDR	GDR	RATA2 KUNJ/HARI
1	2	3	4	5	6	7	8

Gambar 3.87 Rancangan Form Indikator Pelayanan Rawat Inap

6) Formulir Laporan Pengunjung Rumah Sakit

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil rekapitulasi pengunjung rumah sakit (pengunjung lama dan pengunjung baru). Rancangan Form laporan data pengunjung rumah sakit rawat inap dapat dilihat pada Gambar 3.88.

PENGUNJUNG RUMAH SAKIT

Kode RS :

Nama RS :

Bulan :

Tahun :

RL 1.5 Pengunjung Rumah Sakit

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	2	3
	PENGUNJUNG BARU	
	PENGUNJUNG LAMA	

Gambar 3.88 Rancangan Form Pengunjung Rumah Sakit

7) Formulir Daftar 10 besar Penyakit Rawat Inap

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil rekapitulasi 10 besar penyakit rawat inap dari pasien yang keluar. Rancangan Form Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap dapat dilihat pada Gambar 3.89.

DAFTAR 10 BESAR PENYAKIT RAWAT INAP

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap

NO URUT	KODE ICD	DESKRIPSI	PASIE N KELUAR HIDUP MENURUT JENIS KELAMIN		PASIE N KELUAR MATI MENURUT JENIS KELAMIN		TOTAL (HIDUP & MATI)
			LK	PR	LK	PR	
1	2	3	4		5		6

Gambar 3.89 Rancangan Form 10 Besar Penyakit Rawat Inap



1. Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil rekapitulasi pelayanan yang diberikan ke pasien. Rancangan Form kegiatan pelayanan rawat inap dapat dilihat pada Gambar 3.91

KEGIATAN PELAYANAN RAWAT INAP

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

NO	JENIS PELAYANAN	PASIEN AWAL TAHUN	PASIEN MASUK	PASIEN KELUAR HIDUP	PASIEN KELUAR MATI		JUMLAH LAMA DIRAWAT	PASIEN AKHIR TAHUN	JUMLAH HARI PERAWATAN	RINCIAN HARI PERAWATN PERKELAS					
					<48 JAM	> 48 JAM				VVIP	VIP	I	II	III	Khusus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Gambar 3.90 Rancangan Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

I. Formulir Laporan Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil rekapitulasi morbiditas pasien rawat inapdari jumlah pasien yang keluar.

Rancangan Form laporan data keadaan morbiditas pasien rawat inapdapat dilihat pada Gambar 3.92.

DATA KEADAAN MORBIDITAS PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

N O R U T	N O D T D	NO DAFTAR TERPERINCI	GOLONGAN SEBAB PENYAKIT	JUMLAH PASIEN HIDUP DAN MATI MENURUT GOLONGAN UMUR & JENIS KELAMIN																			PASIEN KELUAR (HIDUP MATI) MENURUT JENIS KELAMIN		JUMLAH PASIEN KELUAR HIDUP (23+24)	JUMLAH PASIEN KELUAR MATI
				0-6 hr		7-28 hr		28hr-<1th		1-4th		5-14th		15-24th		25-44th		45-64th		>65		LK	PR			
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

Gambar 3.91 Rancangan Form Laporan Data Keadaan Morbiditas

J. Formulir Laporan Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Penyebab Kecelakaan

Rancangan form ini untuk menampilkan informasi hasil rekapitulasi morbiditas pasien rawat inap penyebab kecelakaan dari jumlah pasien yang keluar. Rancangan Form laporan data keadaan morbiditas pasien rawat inap penyebab kecelakaan dapat dilihat pada Gambar 3.93.

DATA KEADAAN MORBIDITAS PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT PENYEBAB KECELAKAAN

Kode RS :

Nama RS :

Tahun :

RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

N O R U T	N O. D T D	NO DAFT AR TERPE RINCI	GOLON GAN SEBAB PENYA KIT	JUMLAH PASIEN HIDUP DAN MATI MENURUT GOLONGAN UMUR & JENIS KELAMIN																		PASIEN KELUAR (HIDUP MATI) MENURUT JENIS KELAMIN		JUMLAH PASIEN KELUAR HIDUP (23+24)	JUMLAH PASIEN KELUAR MATI
				0-6 hr		7-28 hr		28hr- <1th		1-4th		5-14th		15-24th		25-44th		45-64th		>65		LK	PR		
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Gambar 3.92 Rancangan Form Laporan Data Keadaan Morbiditas Penyebab Kecelakaan

3.6 Rancangan Pengujian

Rancangan uji coba bertujuan untuk memastikan bahwa aplikasi telah dibuat dengan benar sesuai kebutuhan atau tujuan yang diharapkan. Kekurangan atau kelemahan sistem pada tahap ini akan dievaluasi sebelum diimplementasikan. Proses pengujian menggunakan *Black Box Testing* yaitu aplikasi akan diuji dengan melakukan berbagai percobaan untuk membuktikan bahwa aplikasi yang telah dibuat sudah sesuai dengan tujuan. Uji coba yang akan dilakukan antara lain:

- 1) Uji Coba Aplikasi
- 2) Uji Coba Kompatibilitas Sistem

3.6.1 Uji Coba Fungsi Aplikasi

A. Desain Uji Coba Aplikasi Web

Proses uji coba ini dilakukan untuk mengetahui apakah fungsi-fungsi dari Sistem Informasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bima ini telah berjalan dengan benar. Setiap fitur yang disediakan akan diuji hasilnya sesuai dengan tabel *test case*. Desain uji coba fungsi aplikasi sebagai berikut:

1. Desain Uji Coba Login

Fungsi *login* digunakan untuk melakukan pembatasan hak akses kepada pengguna. Pada fungsi ini, terdapat pemeriksaan kelengkapan masukan nama dan kata kunci. Sistem memberikan pesan agar pengguna mengisi data ketika masih ada data yang belum diisi. Selain itu, sistem juga akan memberi peringatan apabila nama pengguna dan kata kuncinya salah. Desain uji coba fungsi dapat dilihat pada tabel 3.19.

Tabel 3.19 Desain Uji Coba Fungsi *Login*

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Menghindari data atau username dan atau password kosong	Tidak memasukan nama pengguna dan kata kunci	Tampil pesan “nama pengguna dan kata kunci masih kosong”
2	Memastikan pemeriksaan username dan password yang dimasukkan benar dan hak akses dengan level pengguna yang sesuai	Memasukan “admin” sebagai nama pengguna dan “admin” sebagai kata kunci	Tampil form parent dengan hak akses sesuai level pengguna

2. Desain Uji Coba Tambah Pasien

Fungsi Tambah Data Pasien digunakan oleh admin untuk melakukan penambahan data pasien dan menyimpannya dalam *database*. Admin memilih tambah pasien dan mengisi data pasien yang ingin ditambahkan. Desain untuk uji coba fungsi tambah pasien dapat dilihat pada tabel 3.20

Tabel 3.20 Desain Uji Coba Fungsi Tambah Pasien

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Menghindari kolom nama pasien kosong karena data tersebut banyak menjadi <i>foreign key</i> ditable lainnya	Mengisikan nama pasien masuk	Tampil pesan “nama pasien harus diisi”

3. Desain Uji Coba Tambah Detil Visit Dokter

Fungsi Tambah Data Detil Visit Dokter digunakan oleh admin untuk melakukan penambahan data visit dokter dan menyimpannya dalam *database*. Admin memilih tambah pasien dan mengisikan data pasien yang ingin ditambahkan. Desain untuk uji coba fungsi tambah visit dokter dapat dilihat pada tabel 3.21

Tabel 3.21 Desain Uji Coba Fungsi Visit Dokter

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Menghindari kolom nama dokter kosong karena data tersebut banyak menjadi <i>foreign key</i> ditable lainnya	Mengisikan visit dokter masuk	Tampil pesan “nama dokter harus diisi”

B. Desain Uji Coba Sistem Informasi

1. Desain Uji Coba Estimasi Biaya

Fungsi Estimasi Biaya adalah menampilkan perkiraan biaya penyakit berdasarkan diagnosa yang dialami pasien. Desain uji coba fungsi Estimasi Biaya dapat dilihat pada tabel 3.21

Tabel 3.21 Desain Uji Coba Estimasi Biaya

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Memastikan hasil estimasi keluar pada pada saat registrasi masuk	Mengisikan data pasien beserta diagnosa penyakit	Hasil estimasi tampil pada form sesuai dengan inputan user

2. Desain Uji Coba *Billing System*

Fungsi *billing system* adalah menampilkan biaya akhir berdasarkan perawatan yang diberikan ke pasien. Desain uji coba fungsi *billing* dapat dilihat pada tabel 3.22

Tabel 3.22 Desain Uji Coba Estimasi Biaya

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Memastikan hasil <i>billing</i> keluar pada saat pasien keluar	Mengisikan data pasien	Hasil <i>billing</i> pada form sesuai dengan inputan user

3. Desain Uji Coba Laporan Eksekutif

Fungsi Laporan Eksekutif adalah menampilkan laporan bagi pihak eksekutif .

Desain uji coba fungsi laporan eksekutif dapat dilihat pada tabel 3.23

Tabel 3.23 Desain Uji Coba laporan Eksekutif

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Memastikan hasil laporan keluar bagi pihak direktur	Mengisikan data ruangan dan tahun	Hasil laporan pada form sesuai dengan inputan user

4. Desain Uji Coba Laporan KEMENKES

Fungsi Laporan KEMENKES adalah menampilkan laporan bagi pihak KEMENKES. Desain uji coba fungsi laporan KEMENKES dapat dilihat pada tabel 3.24.

Tabel 3.24 Desain Uji Coba Laporan KEMENKES

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Memastikan hasil laporan keluar bagi pihak KEMENKES	Mengisikan data tahun yang ingin ditampilkan	Hasil laporan pada form sesuai dengan inputan user

5. Desain Uji Coba Rekam Medik

Fungsi Uji Coba Rekam Medik adalah menampilkan *history* penanganan yang diberikan ke pasien. Desain uji coba fungsi rekam medik dapat dilihat pada tabel 3.25.

Tabel 3.25 Desain Uji Coba Laporan KEMENKES

Test Case ID	Tujuan	Input	Output
1	Memastikan hasil rekam medik keluar	Mengisikan data Pasien	Hasil Rekam Medikpada form sesuai dengan inputan user

