BAB IV

ANALISIS DAN PERANCANGAN SISTEM

4.1. Analisis Sistem Yang Berjalan

Analisis yang berjalan pada UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang ini bertujuan untuk mengetahui lebih jelas bagaimana cara kerja sistem tersebut dan masalah yang dihadapi sistem untuk dijadikan landasan usulan perancangan analisis sistem yang sedang berjalan yang dilakukan berdasarkan urutan kejadian yang ada pada UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang.

4.1.1. Analisis Dokumen

Analisis dokumen merupakan kegiatan pengumpulan informasi mengenai dokumen-dokumen yang digunakan dalam suatu sistem. Tujuan dari analisis dokumen adalah mengetahui dan memahami dokumen-dokumen apa saja yang terlibat dan mengalir dalam suatu sistem yang sedang berjalan. Dokumen yang digunakan pada Sistem Informasi Administrasi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut :

1. Nama Dokumen : Data Pasien Baru
   Sumber : Bag. Administrasi
   Rangkap : 2
   Fungsi : Kartu Id Pasien

Item Data : No_Urut, Kode_Pasien_Baru, Nama_Pasien, Nama_KK, Alamat, Umur, Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Pekerjaan, Bayar, Askes, Jamkesmas, Umum, KIA, Gigi, Imunisasi, Lab, Imunisasi

2. Nama Dokumen : Data Pasien Lama

Sumber : Bag Administrasi

Rangkap : 2

Fungsi : Kartu Id Pasien

Item Data : No_Urut, Kode_Pasien_Lama, Nama_Pasien, Nama_KK, Alamat, Umur, Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Pekerjaan, Bayar, Askes, Jamkesmas, Umum, KIA, Gigi, Imunisasi, Lab, Imunisasi

3. Nama Dokumen : Data Pasien Luar Daerah

Sumber : Bag Administrasi

Rangkap : 2

Fungsi : Kartu Id Pasien

Item Data : No_Urut, Kode_Pasien_Luar_Daerah, Nama_Pasien, Nama_KK, Alamat, Umur,

Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Pekerjaan, Bayar, Askes, Jamkesmas, Umum, KIA, Gigi, Imunisasi, Lab, Imunisasi

4. Nama Dokumen : Data Rujukan Pasien ke RS

   Sumber : Bag Administrasi

   Rangkap : 2

   Fungsi : Kartu Pasien Rujukan

   Item Data : Tanggal, No_Rujukan, Nama_Pasien, Umum, No_Kartu, Alamat, Di_Rujuk_Ke

5. Nama Dokumen : Data Kunjungan Pasien

   Sumber : Bag Administrasi

   Rangkap : 2

   Fungsi : Kartu Id Pasien

   Item Data : No_Urut, Kode_Pasien_Baru, Kode_Pasien_Lama, Kode_Pasien_Luar_Daerah, Nama_Pasien, Nama_KK, Alamat, Umur, Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Pekerjaan, Bayar, Askes, Jamkesmas, Umum, KIA, Gigi, Imunisasi, Lab, Imunisasi

4.1.2. Analisis Prosedur yang Sedang Berjalan

Prosedur kerja yang terlibat dalam Sistem Administrsi Pasien Di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang terdapat beberapa buah prosedur pada sistem manual yang sedang berjalan. Diantaranya :

a. Prosedur Administrasi Pasien Baru
b. Prosedur Administrasi Pasien Lama
c. Prosedur Administrasi Pasien Luar Daerah
d. Prosedur Administrasi Rujukan Pasien ke RS

Dibawah ini akan dijelaskan lebih rinci tentang seluruh prosedur yang ada beserta *flow map* nya.

a. Prosedur Administrasi Pasien Baru

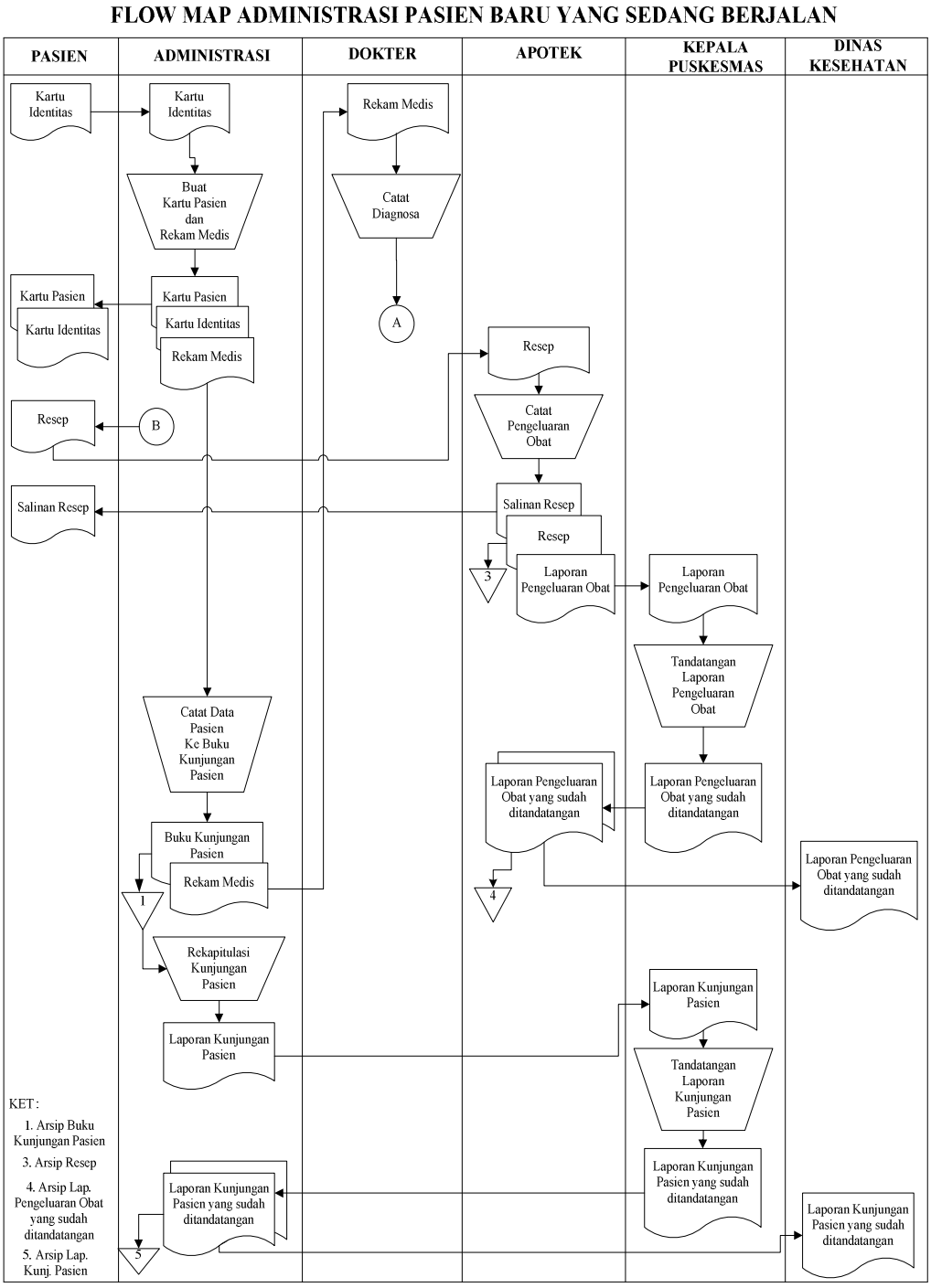
Langkah-langkah yang terjadi pada prosedur administrasi pasien baru di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut :

1. Calon pasien yang baru membawa kartu identitas pada Bag. Administrasi untuk melakukan pendaftaran.
2. Bag. Administrasi akan menerima kartu identitas calon pasien baru.
3. Setelah calon pasien baru memberikan kartu identitasnya, kemudian Bag. Administrasi akan membuatkan satu buah kartu pasien dan satu buah rekam medis pasien.

4. Apabila kartu pasien dan rekam medis pasien telah dibuat, selanjutnya kartu pasien tersebut akan diserahkan ke calon pasien baru berikut kartu identitasnya.
5. Selanjutnya, rekam medis data pasien akan dicatat terlebih dahulu oleh Bag. Administrsai ke dalam buku kunjungan pasien dan buku kunjungan pasien tersebut kemudian di arsipkan oleh Bag. Administrasi.
6. Setelah selesai dicatat, rekam medis pasien tersebut kemudian diserahkan oleh Bag. Administrasi ke Bag. Dokter.
7. Bag. Dokter menerima rekam medis pasien dari Bag. Administrasi.
8. Bag. Dokter akan mencatat diagnosa pasien, apabila pasien harus dirujuk ke rumah sakit, maka pasien akan dibuatkan form rujukan oleh Bag. Administrasi, dan form rujukan yang sudah di buat oleh Bag. Administrasi akan di berikan ke pasien. Apabila pasien tidak perlu dirujuk ke rumah sakit maka Bag. Dokter akan mencatat resep di resep.
9. Resep yang sudah dicatat oleh Bag. Dokter akan diberikan kepada pasien dan rekam medis yang telah di catat di Bag. Dokter akan diserahkan kembali ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan.
10. Resep yang ada di pasien, kemudian diserahkan ke Bag. Apotek agar dapat menggambil obat di Bag. Apotek.
11. Bag. Apotek menerima resep, dan resep tersebut dicatat kedalam pengeluaran obat, dari pencatatan tersebut menghasilkan salinan resep

yang akan diserahkan kepada pasien, resep akan di arsipkan oleh Bag. Apotek dan laporan pengeluaran obat akan diserahkan oleh Bag. Apotek ke Kepala Puskesmas untuk di tandatangan.

12. Laporan pengeluaran obat yang sudah di tandatangan oleh Kepala Puskesmas akan di berikan kembali ke Bag. Apotek untuk di arsipkan dan akan diserahkan kepada Dinas Kesehatan.
13. Rekam Medis yang sudah dicatat dalam buku kunjungan pasien akan di rekapitulasi olah Bag. Administrasi untuk dibuat laporan kunjungan pasien.
14. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah di rekapitulasi oleh Bag. Administrasi akan diberikan ke Kepala Puskesmas untuk ditandatangan.
15. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah di tandatangan oleh Kepala Puskesmas akan dikembalikan ke Bag. Administrasi untuk di arsipkan dan akan diserahkan ke Dinas Kesehatan.



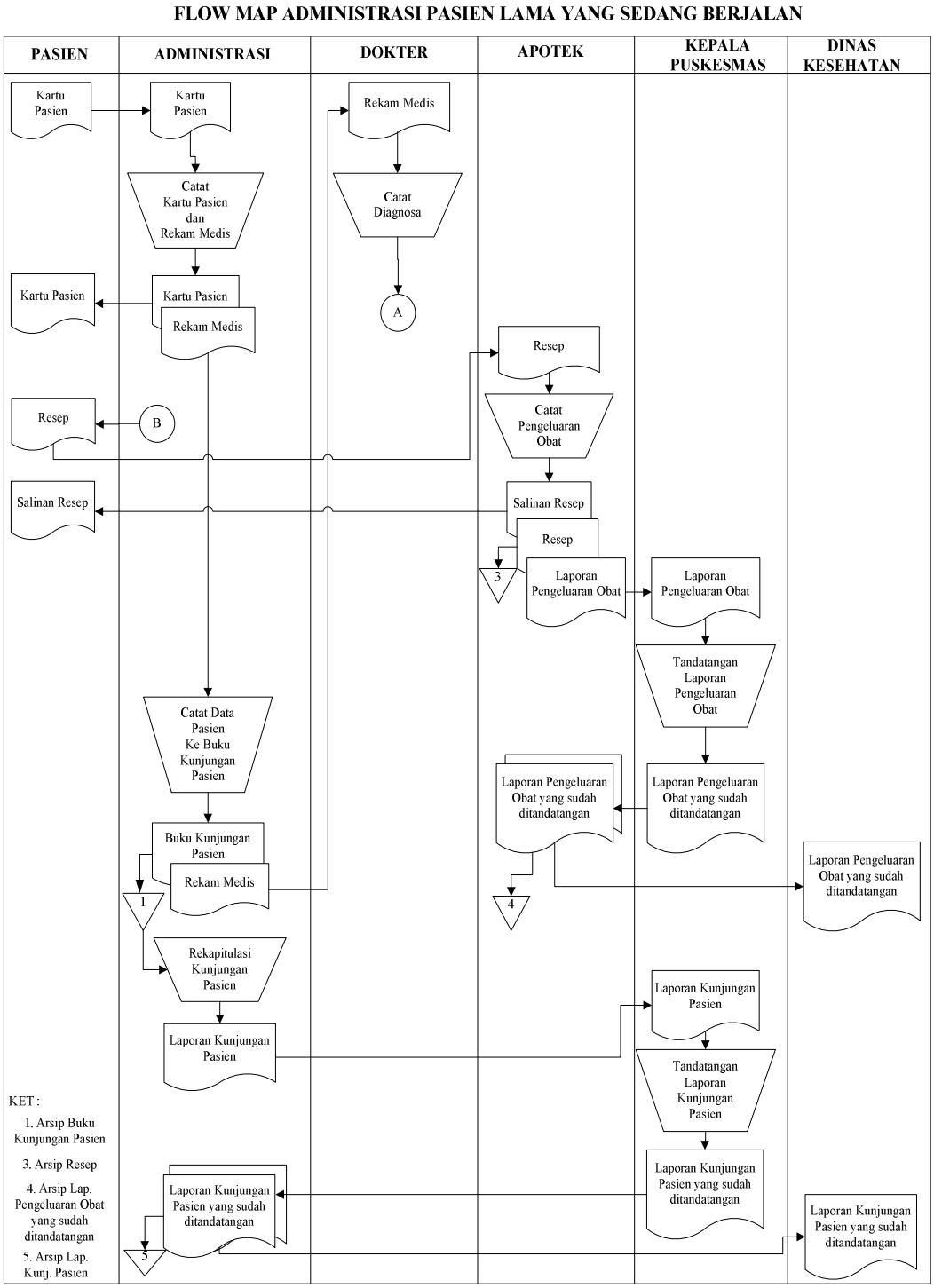
Gambar 4.1. Flowmap Administrasi Pasien Baru

b. Prosedur Administrasi Pasien Lama

Langkah-langkah yang terjadi pada prosedur administrasi pasien lama di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut :

1. Pasien Lama membawa Kartu Pasien pada Bag. Administrasi untuk melakukan pendaftaran.
2. Bag. Administrasi akan menerima Kartu Pasien.
3. Setelah pasien lama memberikan Kartu Pasiennya, kemudian Bag. Administrasi akan mencatat kartu pasien dan Rekam Medis pasien.
4. Apabila kartu pasien dan rekam medis pasien telah dicatat, selanjutnya kartu pasien tersebut akan diserahkan kembali kepada pasien.
5. Selanjutnya, rekam medis data pasien akan dicatat terlebih dahulu oleh Bag. Administrsai ke dalam buku kunjungan pasien dan buku kunjungan pasien tersebut kemudian di arsipkan oleh Bag. Administrasi.
6. Setelah selesai dicatat, rekam medis pasien tersebut kemudian diserahkan oleh Bag. Administrasi ke Bag. Dokter.
7. Bag. Dokter menerima rekam medis pasien dari Bag. Administrasi.
8. Bag. Dokter akan mencatat diagnosa pasien, apabila pasien harus dirujuk ke rumah sakit, maka pasien akan dibuatkan form rujukan oleh Bag. Administrasi, dan form rujukan yang sudah di buat oleh Bag. Administrasi akan di berikan ke pasien. Apabila pasien tidak perlu dirujuk ke rumah sakit maka Bag. Dokter akan mencatat resep di resep.

9. Resep yang sudah dicatat oleh Bag. Dokter akan diberikan kepada pasien dan rekam medis yang telah di catat di Bag. Dokter akan diserahkan kembali ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan.
10. Resep yang ada di pasien, kemudian diserahkan ke Bag. Apotek agar dapat menggambil obat di Bag. Apotek.
11. Bag. Apotek menerima resep, dan resep tersebut dicatat kedalam pengeluaran obat, dari pencatatan tersebut menghasilkan salinan resep yang akan diserahkan kepada pasien, resep akan di arsipkan oleh Bag. Apotek dan laporan pengeluaran obat akan diserahkan ke Kepala Puskesmas untuk di tandatangan.
12. Laporan pengeluaran obat yang sudah di tandatangan oleh Kepala Puskesmas akan di berikan kembali ke Bag. Apotek untuk di arsipkan dan akan diserahkan kepada Dinas Kesehatan.
13. Rekam Medis yang sudah dicatat dalam buku kunjungan pasien akan di rekapitulasi olah Bag. Administrasi untuk dibuat laporan kunjungan pasien.
14. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah di rekapitulasi oleh Bag. Administrasi akan diberikan ke Kepala Puskesmas untuk ditandatangan.
15. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah di tandatangan oleh Kepala Puskesmas akan dikembalikan ke Bag. Administrasi untuk di arsipkan dan akan diserahkan ke Dinas Kesehatan.



Gambar 4.2. Flowmap Administrasi Pasien Lama

c. Prosedur Administrasi Pasien Luar Daerah

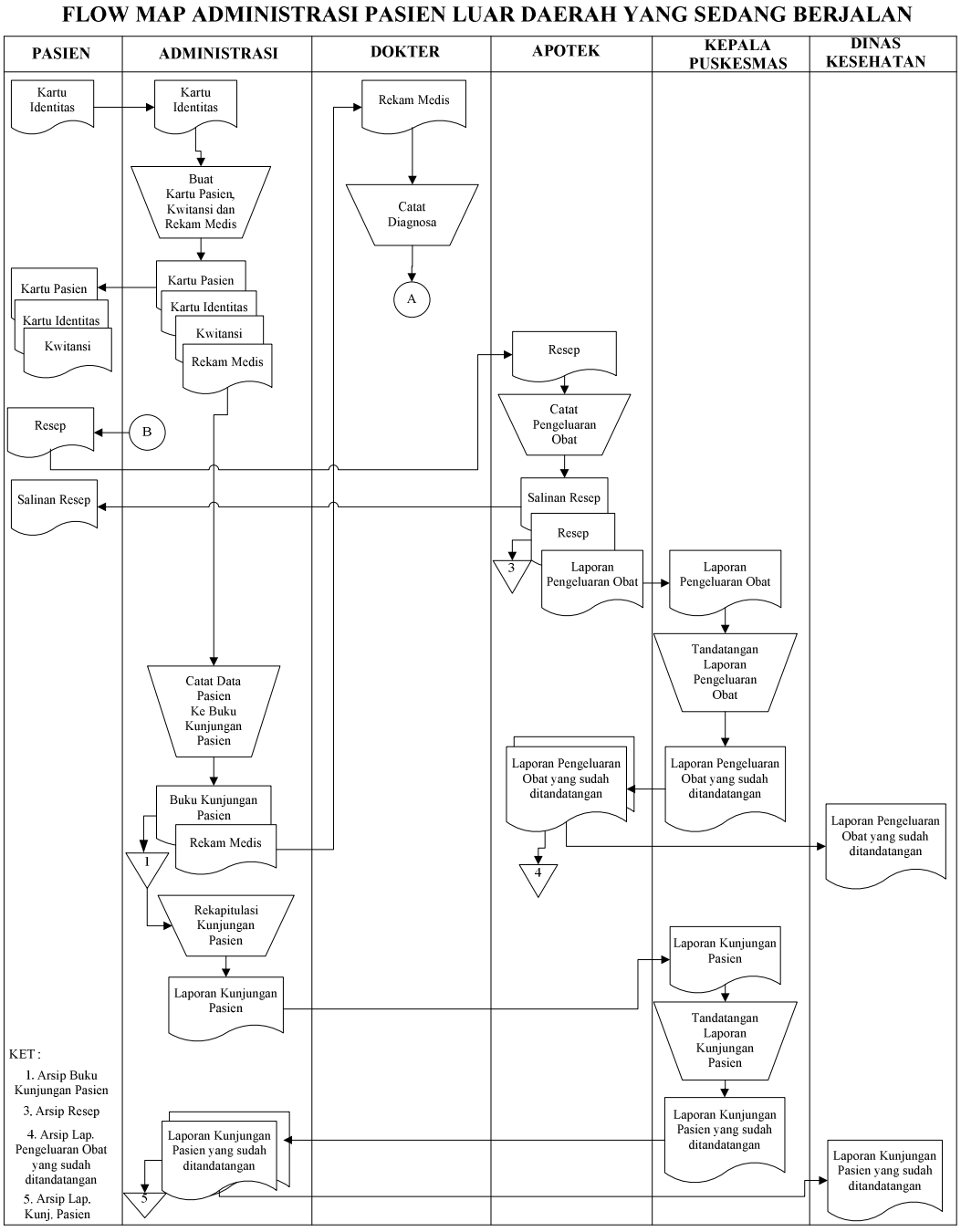
Langkah-langkah yang terjadi pada prosedur administrasi pasien luar daerah di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut :

1. Calon pasien yang baru membawa Kartu Identitas pada Bag. Administrasi untuk melakukan pendaftaran.
2. Bag. Administrasi akan menerima Kartu Identitas calon pasien baru.
3. Setelah calon pasien baru memberikan Kartu Identitasnya, kemudian Bag. Administrasi akan membuatkan satu buah kartu pasien, satu buah kwitansi dan satu buah rekam medis pasien.
4. Apabila kartu pasien dan rekam medis pasien telah dibuat, selanjutnya kartu pasien dan kwitansi tersebut akan diserahkan ke calon pasien baru berikut Kartu Identitasnya.
5. Selanjutnya, rekam medis data pasien akan dicatat terlebih dahulu oleh Bag. Administrsai ke dalam buku kunjungan pasien dan buku kunjungan pasien tersebut kemudian di arsipkan oleh Bag. Administrasi.
6. Setelah selesai dicatat, rekam medis pasien tersebut kemudian diserahkan oleh Bag. Administrasi ke Bag. Dokter.
7. Bag. Dokter menerima rekam medis pasien dari Bag. Administrasi.
8. Bag. Dokter akan mencatat diagnosa pasien, apabila pasien harus dirujuk ke rumah sakit, maka pasien akan dibuatkan form rujukan oleh

Bag. Administrasi, dan form rujukan yang sudah di buat oleh Bag. Administrasi akan di berikan ke pasien. Apabila pasien tidak perlu dirujuk ke rumah sakit maka Bag. Dokter akan mencatat resep di resep.

9. Resep yang sudah dicatat oleh Bag. Dokter akan diberikan kepada pasien dan rekam medis yang telah di catat di Bag. Dokter akan diserahkan kembali ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan.
10. Resep yang ada di pasien, kemudian diserahkan ke Bag. Apotek agar dapat menggambil obat di Bag. Apotek.
11. Bag. Apotek menerima resep, dan resep tersebut dicatat kedalam pengeluaran obat, dari pencatatan tersebut menghasilkan data obat yang akan diserahkan kepada pasien, resep akan di arsipkan oleh Bag. Apotek dan laporan pengeluaran obat akan diserahkan ke Kepala Puskesmas untuk di tandatangan.
12. Laporan pengeluaran obat yang sudah di tandatangan oleh Kepala Puskesmas akan di berikan kembali ke Bag. Apotek untuk di arsipkan dan akan diserahkan kepada Dinas Kesehatan.
13. Rekam Medis yang sudah dicatat dalam buku kunjungan pasien akan di rekapitulasi olah Bag. Administrasi untuk dibuat laporan kunjungan pasien.
14. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah di rekapitulasi oleh Bag. Administrasi akan diberikan ke Kepala Puskesmas untuk ditandatangan.

15. Laporan Kunjungan Pasien yang sudah ditandatangan oleh Kepala Puskesmas akan dikembalikan ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan dan akan diserahkan ke Dinas Kesehatan.



Gambar 4.3. Flowmap Administrasi Pasien Luar Daerah

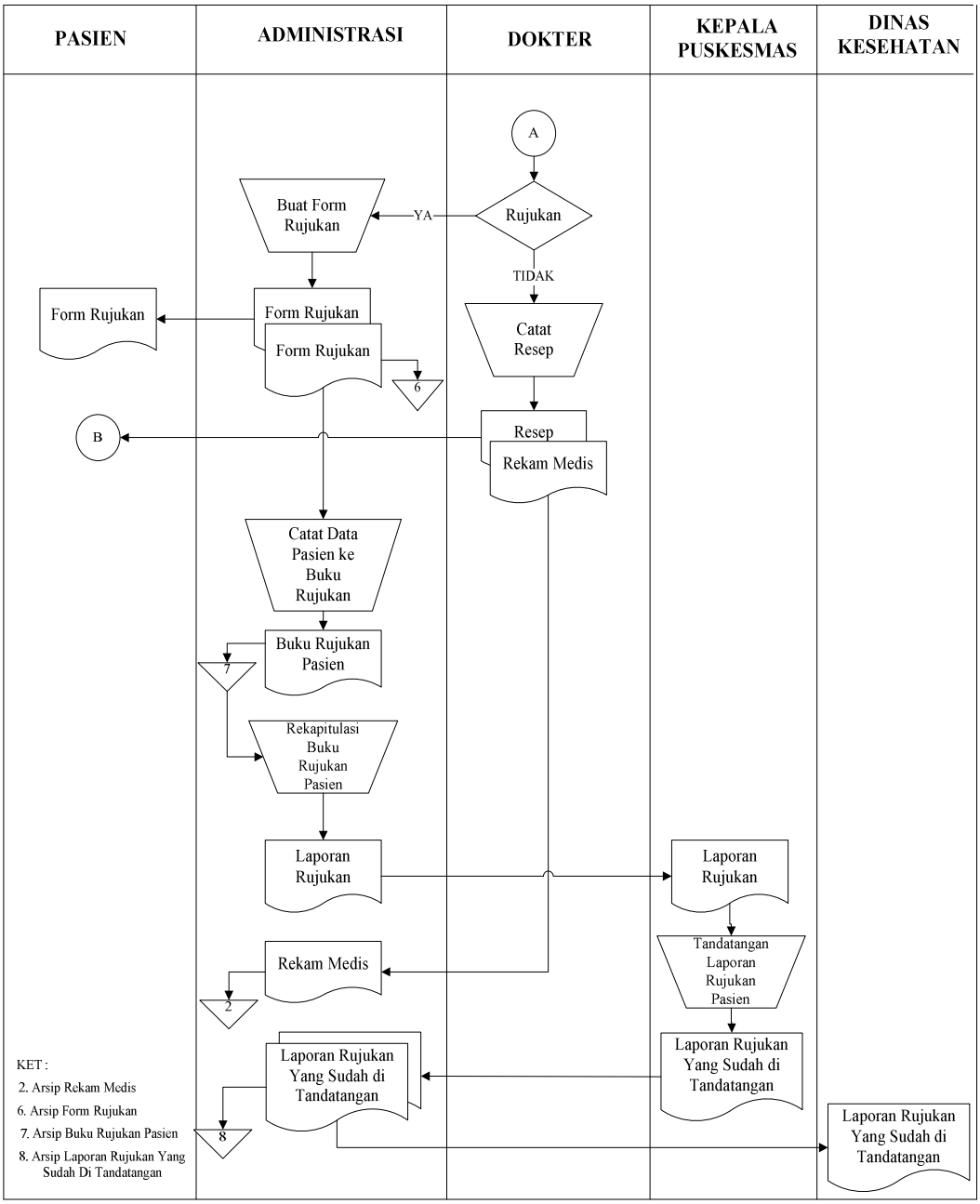
d. Prosedur Administrasi Rujukan Pasien ke RS

Langkah-langkah yang terjadi pada prosedur administrasi rujukan pasien ke rumah sakit di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut :

1. Apabila pasien harus dirujuk, maka pasien akan dibuatkan Form Rujukan oleh Bag. Administrasi, lembar form rujukan yang pertama akan diberikan ke pasien, dan formulir rujukan yang ke 2 akan di arsipkan untuk Puskesmas oleh Bag. Administrasi.
2. Kemudian Bag. Administrasi mencatat data pasien rujukan tersebut ke dalam buku rujukan pasien untuk diarsipkan.
3. Apabila pasien tidak perlu di rujuk ke rumah sakit maka Bag. Dokter akan mencatat resep di resep.
4. Resep yang sudah dicatat oleh Bag. Dokter akan diberikan kepada pasien dan rekam medis yang telah di catat di Bag. Dokter akan diserahkan kembali ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan.
5. Buku rujukan yang sudah diarsipkan akan direkapitulasi oleh Bag. Administrasi untuk menghasilkan laporan rujukan pasien ke rumah sakit.
6. Laporan rujukan yang sudah direkapitulasi, akan diserahkan oleh Bag. Administrasi ke Kepala Puskesmas untuk ditandatangan.

7. Laporan yang sudah ditantatangan oleh Kepala Puskesmas akan diserahkan kembali ke Bag. Administrasi untuk diarsipkan dan untuk diserahkan ke Dinas Kesehatan.

FLOW MAP ADMINISTRASI RUJUKAN KE RUMAH SAKIT YANG SEDANG BERJALAN

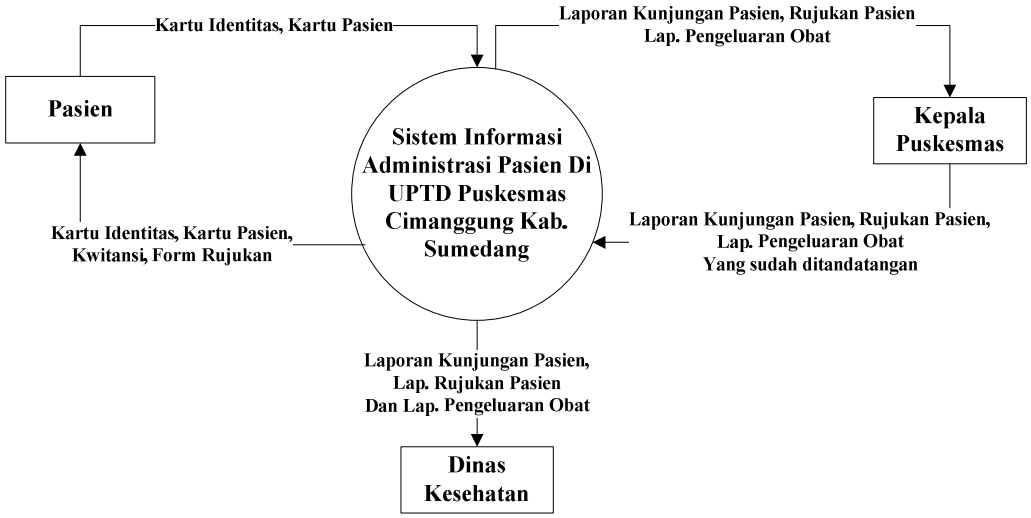


Gambar 4.4. Flowmap Administrasi Rujukan Pasien ke RS

4.1.2.1. Diagram Kontek

Diagram kontek Sistem Informasi Administrsi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang sebagai berikut :

DIAGRAM KONTEK

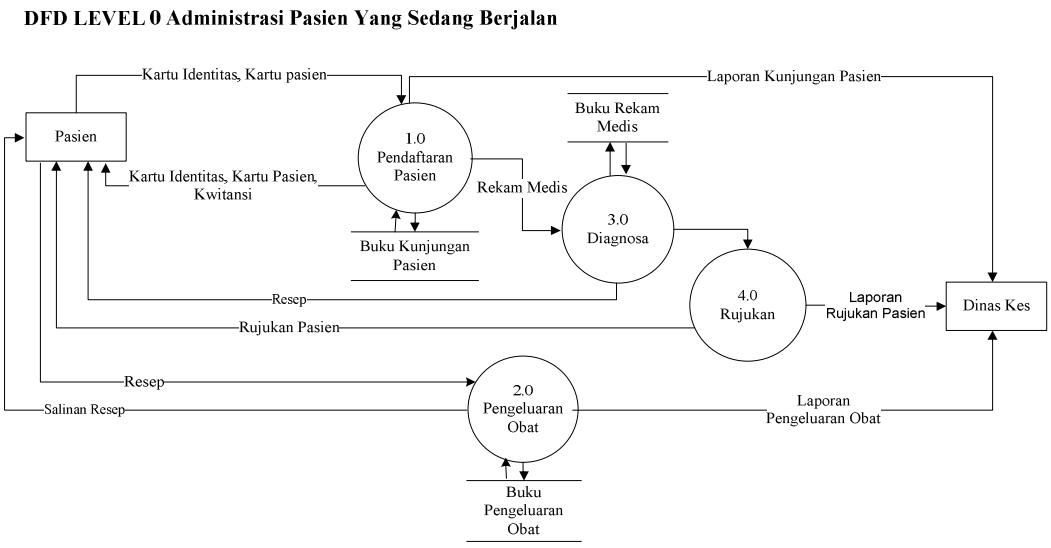


Gambar 4.5. Diagram Conteks Administrasi Pasien

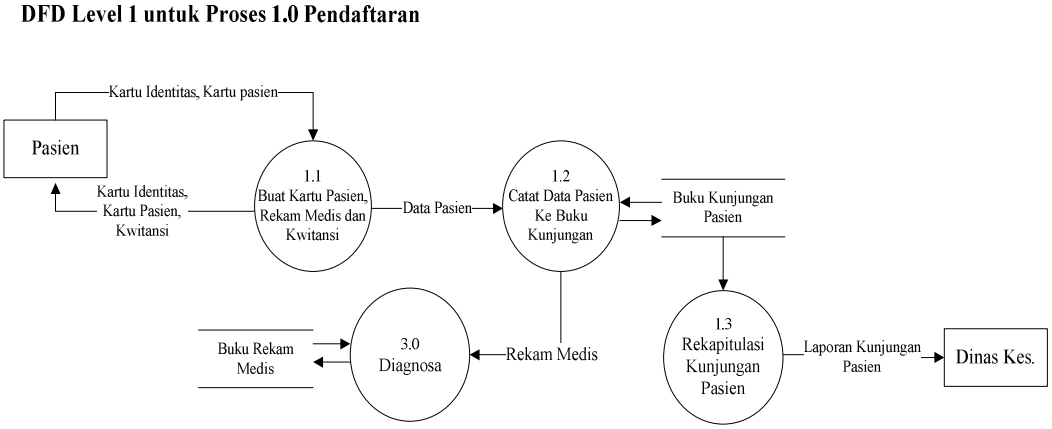
Pada gambar Diagram Kontek diatas menjelaskan alur tentang Administrsi Pasien Di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang.

4.1.2.2. DFD

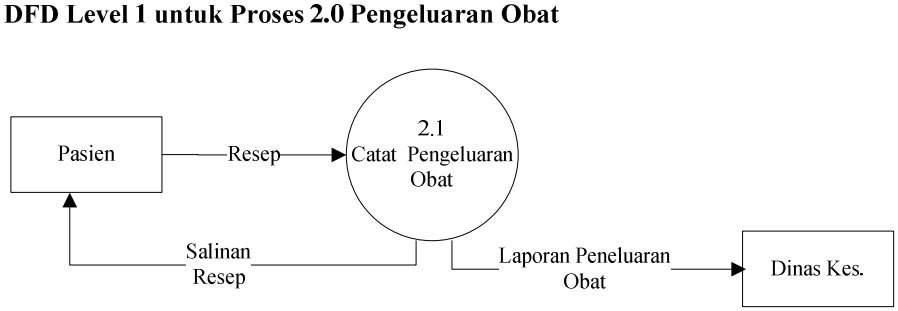
Data Flow Diagram yang sedang berjalan di UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut ;



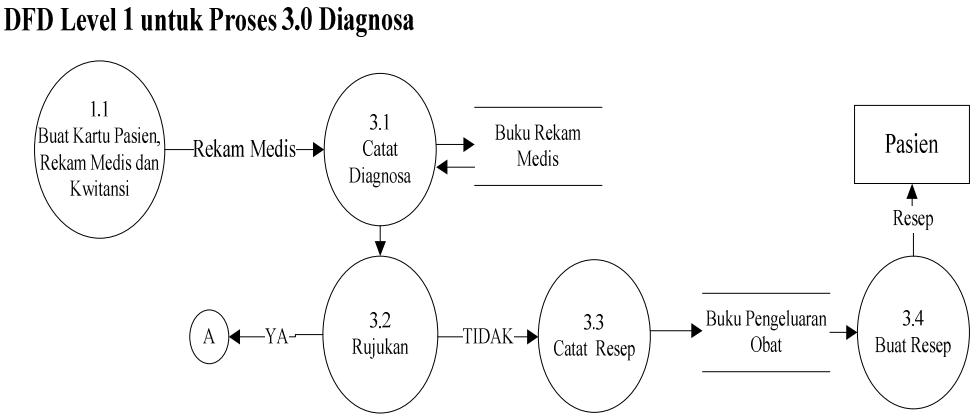
Gambar 4.6. DFD Level 0 untuk Administrasi Pasien Yang Sedang Berjalan



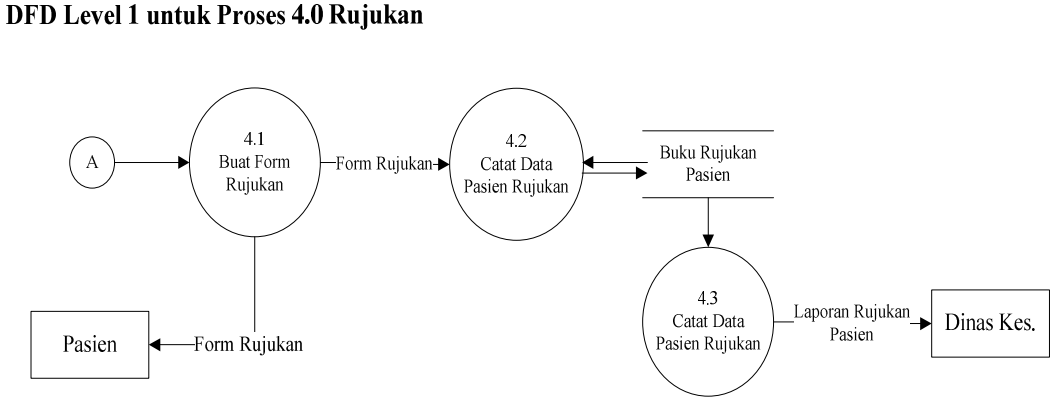
Gambar 4.7. DFD Level 1 untuk Proses 1.0 Pendaftaran Pasien



Gambar 4.8. DFD Level 1 untuk Proses 2.0 Pengeluaran Obat



Gambar 4.9. DFD Level 1 untuk Proses 3.0 Diagnosa



Gambar 4.10. DFD Level 1 untuk Proses 4.0 Rujukan

4.1.3. Evaluasi Sistem Yang Sedang Berjalan

Berdasarkan hasil pengamatan dan penelitian dari Sistem Informasi Administrasi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung yang sedang berjalan, maka penulis mengevaluasi sistem tersebut sebagai berikut :

Tabel 4.1. Evaluasi Sistem Yang Sedang Berjalan

No	Permasalahan	Rencana Perancangan / Solusi
1.	Dalam proses pencatatan data pasien masih menggunakan sistem yang manual, karena sistem administrasi pasien pada Puskesmas Cimanggung masih belum efektif dalam penggunaan aplikasi.	Dengan adanya sistem administrasi pasien menggunakan aplikasi yang baru pada Puskesmas Cimanggung agar dapat mempermudah sistem yang ada.
2.	Sering terjadinya penggandaan data dalam administrasi pasien, dari pasien lama, pasien baru, pasien luar daerah, hingga rujukan pasien ke rumah sakit.	Dengan adanya sistem administrasi pasien yang baru pada Puskesmas Cimanggung agar dapat mempermudah proses pengolahan data pasien agar tidak terjadi penggandaan data.
3.	Dalam pencarian data pasien pada bagian administasi, terdapat kesulitan karena penyimpanan data pasien hanya berupa dokumen saja.	Dengan adanya sistem administrasi pasien yang baru pada Puskesmas Cimanggung agar dapat mempermudah proses pencarian data pasien.

4.	Sering terjadinya keterlambatan dalam pembuatan laporan kunjungan pasien tiap bulan maupun tiap tahunnya.	Dengan adanya sistem administrasi pasien yang baru pada Puskesmas Cimanggung agar tidak terjadi keterlambatan lagi dalam proses pelaporan.

4.2. Perancangan Sistem

Perancangan sistem adalah proses pengembangan spesifikasi sistem baru berdasarkan hasil rekomendasi analisis sistem. Dalam tahap perancangan, tim kerja desain harus merancang spesifikasi yang dibutuhkan dalam berbagai kertas kerja. Kertas kerja itu harus memuat berbagai uraian mengenai input, proses, dan output dari sistem yang diusulkan.

4.2.1. Tujuan Perancangan Sistem

Tujuan dari perancangan sistem adalah sebagai berikut :

1. Untuk memenuhi kebutuhan pada pemakai sistem.
2. Untuk memberikan gambaran yang jelas dan rancang bangun yang lengkap kepada pemograman komputer dan ahli-ahli teknik lainnya yang terlibat.

Untuk mencapai tujuan ini, analisis sistem harus dapat mencapai sasaran- sasaran sebagai berikut :

1. Perancangan sistem harus berguna, mudah dipahami dan nantinya mudah dipergunakan oleh pemakai sistem.
2. Perancangan sistem harus dapat mempersiapkan rancangan bangun yang terinci untuk masing-masing komponen dari sistem informasi yang meliputi data dan informasi, simpan data, metode-metode dan lain sebagainya.

4.2.2. Gambaran Umum Sistem Yang Diusulkan

Dalam sistem yang diusulkan terdapat beberapa perubahan dalam proses manual yang dilakukan kedalam proses komputerisasi, sehingga dapat mempermudah sistem bekerja yang sebelumnya.

1. Pasien lama yang datang untuk berobat ke Puskesmas UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang, hanya menyerahkan kartu pasien untuk melakukan pendaftaran, sedangkan untuk pasien baru dan pasien luar daerah menyerahkan kartu identitas saja untuk melakukan pendaftaran di Bag. Administrasi.

2. Setelah pasien lama menyerahkan kartu pasien, pasien baru dan pasien luar daerah menyerahkan kartu identitasnya ke Bag. Administrasi, kemudian Bag. Administrasi akan menginputkan data pasien lama, baru dan luar daerah tersebut kedalam data pasien dan kunjungan pasien untuk disimpan di *database*.

3. Data pasien yang sudah diinputkan ke dalam *database*, untuk pasien lama Bag. Administrasi akan langsung menginputkan data pasien ke kunjungan pasien dan kartu pasien akan diserahkan kembali ke pasien oleh Bag. Administrasi, setelah itu dan Bag. Dokter akan menginputkan diagnosa pasien untuk disimpan di *database*.

4. Untuk pasien baru yang datanya sudah tersimpan di database, Bag. Administrasi akan menginputkan data tersebut ke kunjungan pasien, dan setelah itu Bag. Administrasi akan mengembalikan kartu pasien, beserta kartu identitasnya, dan kemudian Bag. Dokter akan menginput diagnosa pasien untuk disimpan di *databese*.

5. Untuk pasien baru berasal dari luar daerah yang datanya sudah tersimpan di *database*, Bag. Administrasi akan menginputkan data tersebut ke kunjungan pasien, dan setelah itu Bag. Administrasi akan memberikan kartu pasien, kwitansi beserta kartu identitasnya, dan kemudian Bag. Dokter akan menginput diagnosa pasien untuk disimpan di *databese*.

6. Apabila pasien harus dirujuk ke rumah sakit, maka dokter akan menyarankan pasien untuk meminta surat form rujukan ke Bag. Administrasi, dan apabila pasien tidak di rujuk ke rumah sakit maka dokter akan membuatkan resep untuk dicetak dan resep tersebut akan diserahkan ke pasien oleh Bag. Dokter.

7. Resep yang sudah diserahkan kepada pasien oleh Bag. Dokter, akan diserahkan kembali oleh pasien ke Bag. Apotek. Pasien yang sudah

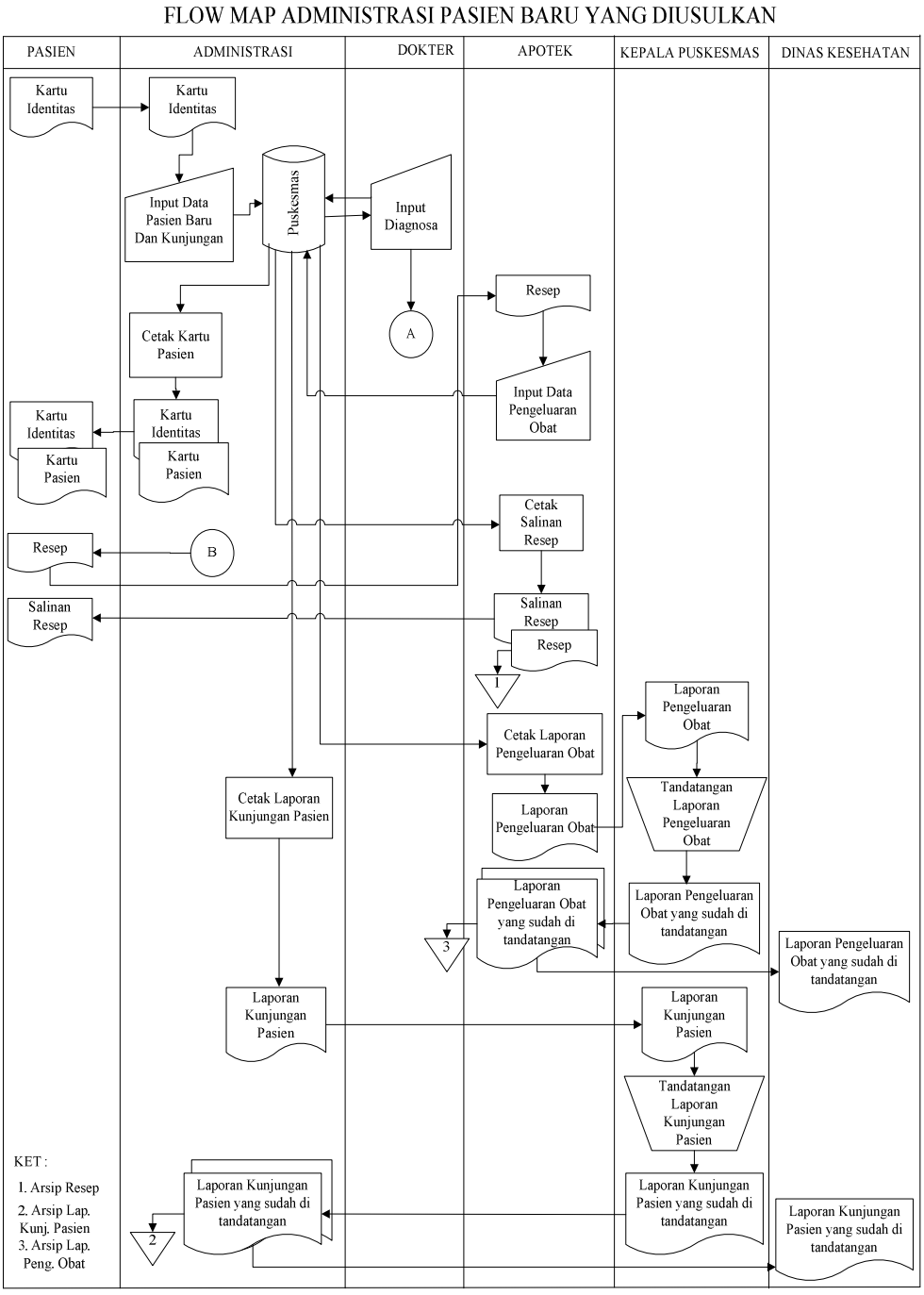
menyerahkan resep ke Bag. Apotek, lalu Bag. Apotek akan menginputkan pengeluaran obat untuk disimpan di *database* dan akan mencetak salinan resep untuk diserahkan kembali ke pasien.

8. Laporan kunjungan dan Rujukan pasien akan dicetak oleh Bag. Administrasi dari database puskesmas untuk diserahkan ke Kepala Puskesmas untuk ditandatangani, dan akan diserahkan ke Dinas Kesehatan. Kemudian laporan pengeluaran obat dicetak oleh Bag. Apotek untuk diserahkan ke Dinas Kesehatan.

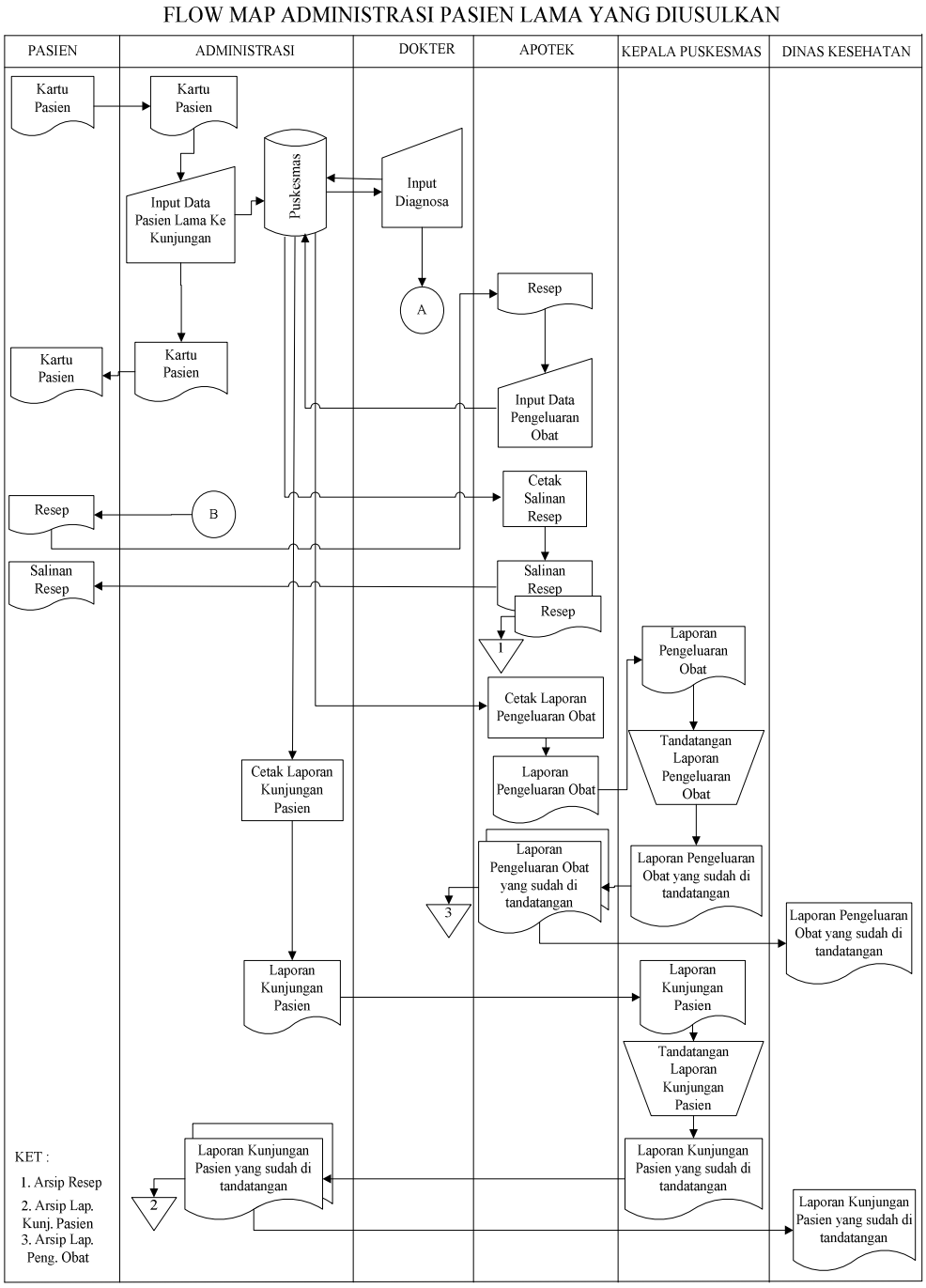
4.2.3. Perancangan Prosedur yang Diusulkan

Perancangan proses ini akan memberikan gambaran mengenai dokumen-dokumen, proses-proses dan aliran data apa saja yang akan terlibat dalam sistem yang akan diusulkan.

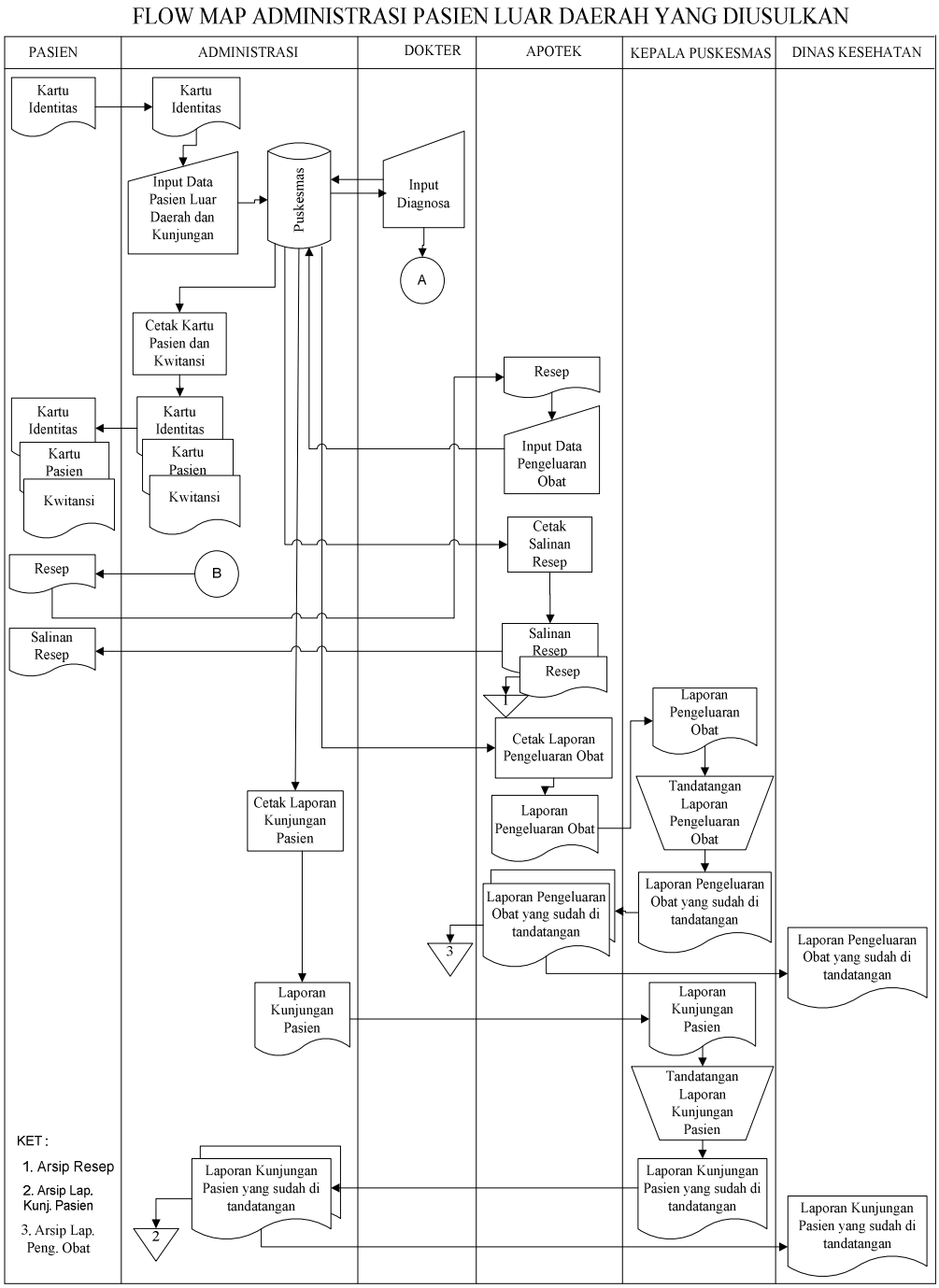
4.2.3.1. Flow Map Administrasi Pasien Yang Diusulkan



Gambar 4.11. Flowmap Administrasi Pasien Baru Yang Diusulkan

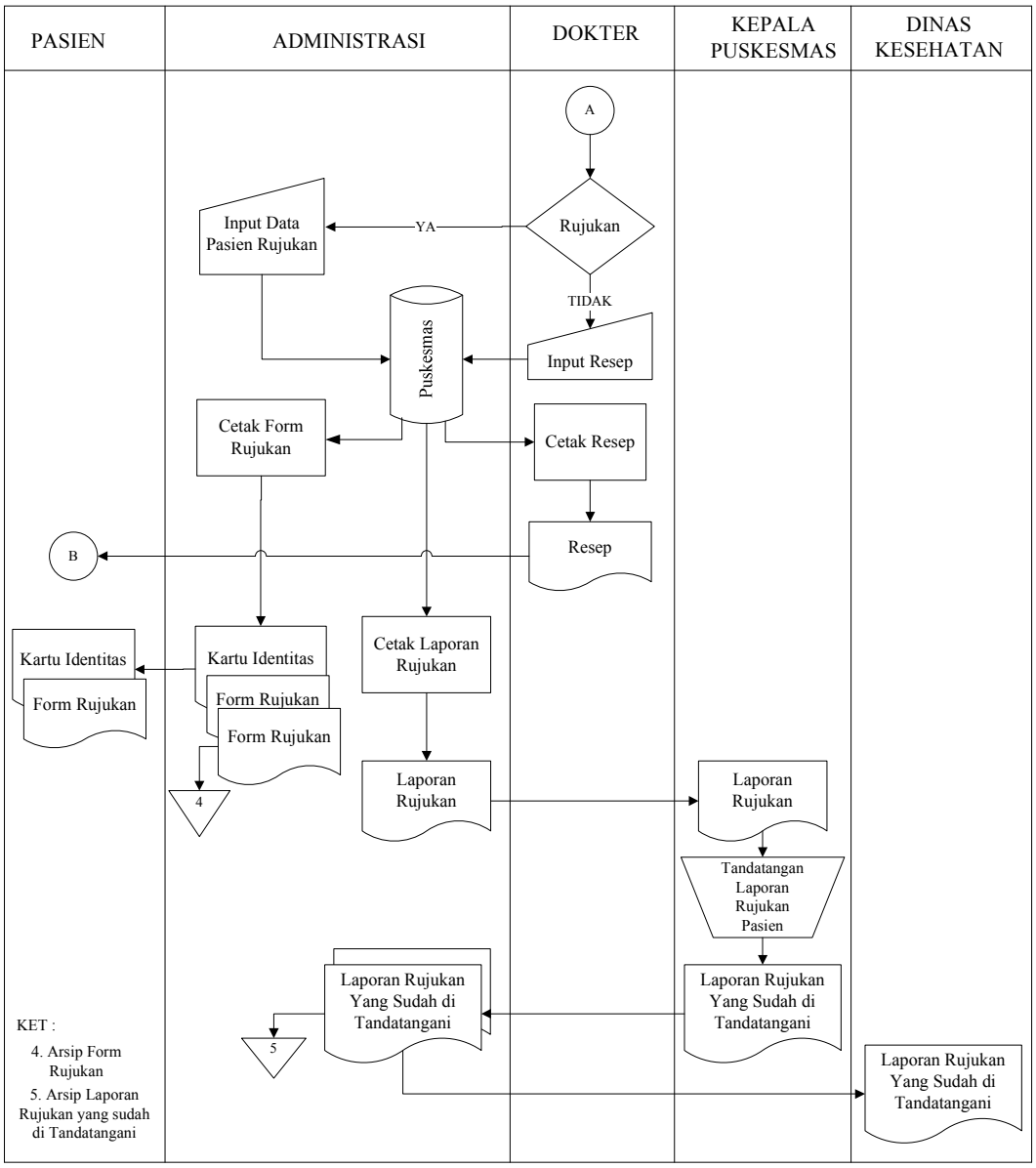


Gambar 4.12. Flowmap Administrasi Pasien Lama Yang Diusulkan



Gambar 4.13. Flowmap Administrasi Pasien Luar Daerah Yang Diusulkan

FLOW MAP YANG DIUSULKAN UNTUK PASIEN RUJUKAN KE RUMAH SAKIT

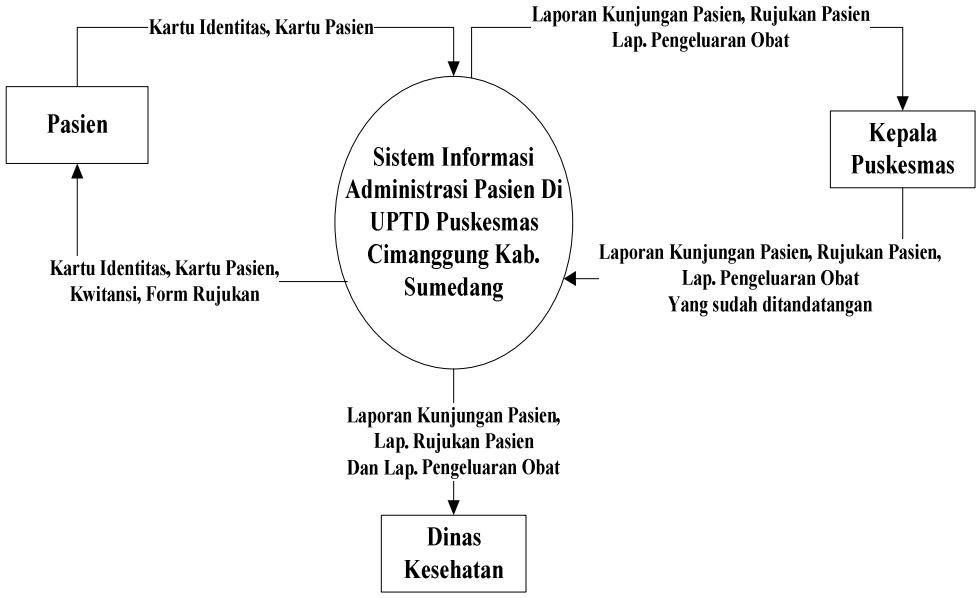


Gambar 4.14. Flowmap Administrasi Pasien Rujukan Ke RS Yang Diusulkan

4.2.3.2. Diagram Kontek

Diagram Kontek yang diusulkan untuk Administrasi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut;

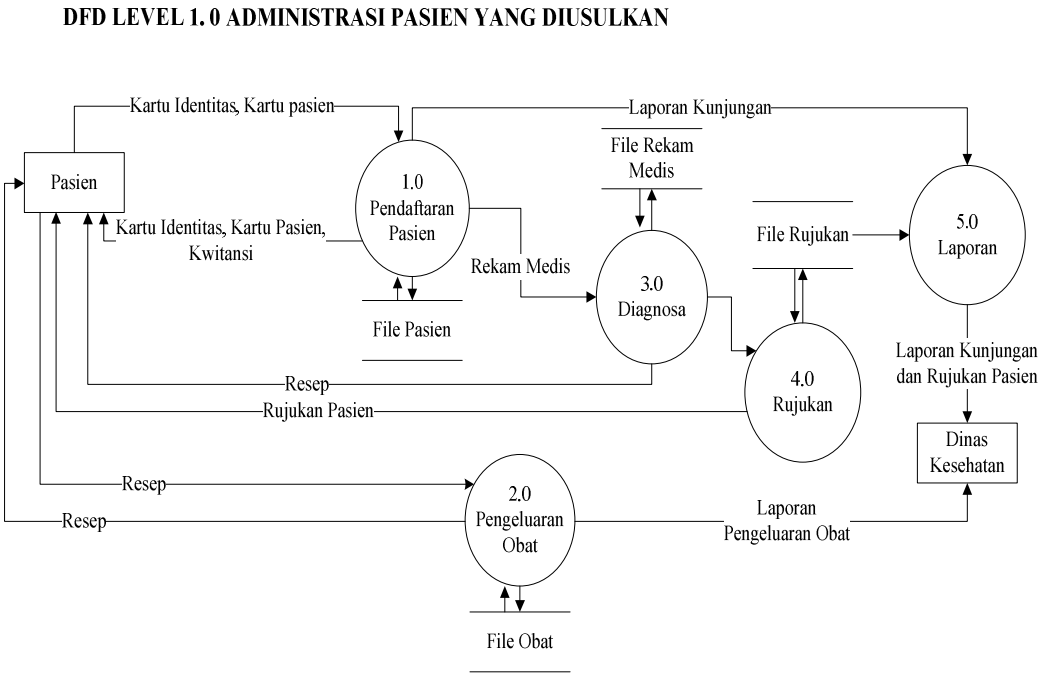
DIAGRAM KONTEK



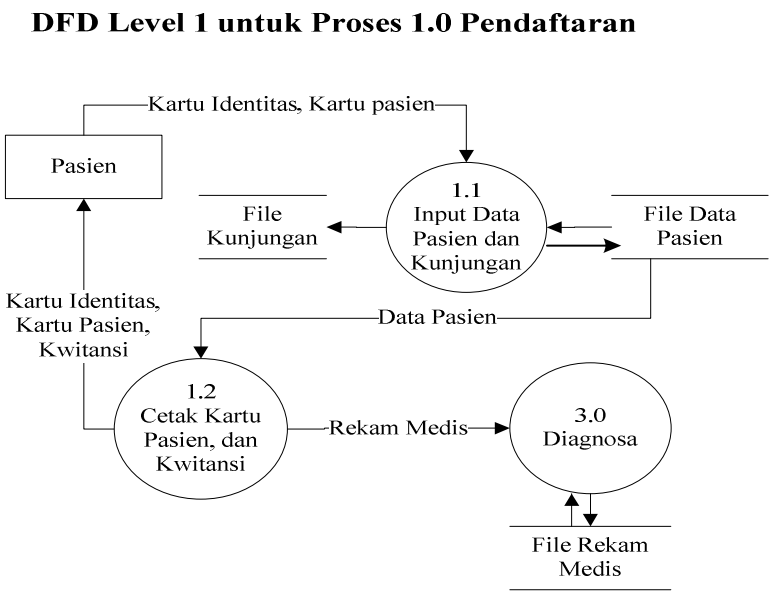
Gambar 4.15. Diagram Kontek Yang Diusulkan

4.2.3.3. DFD

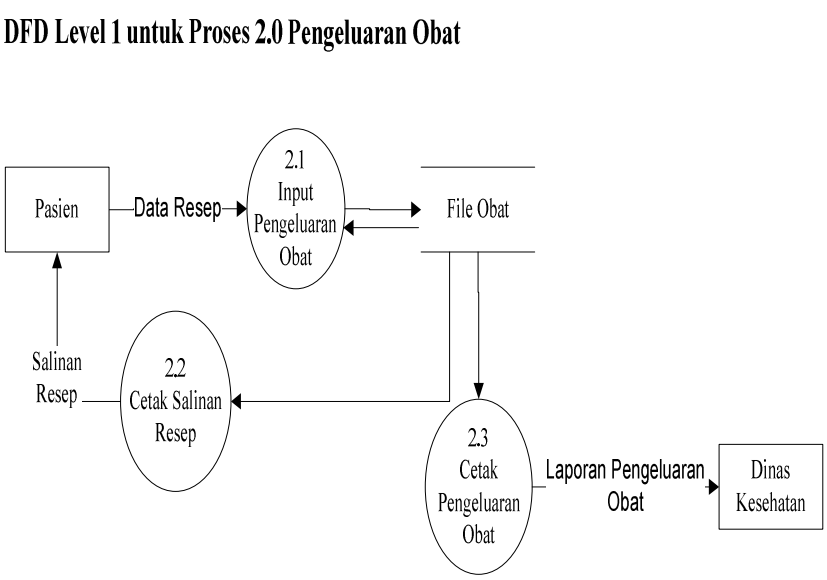
Data Flow Diagram yang di usulkan untuk Administrasi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang adalah sebagai berikut;



Gambar 4.16. DFD Administrasi Pasien Yang Diusulkan

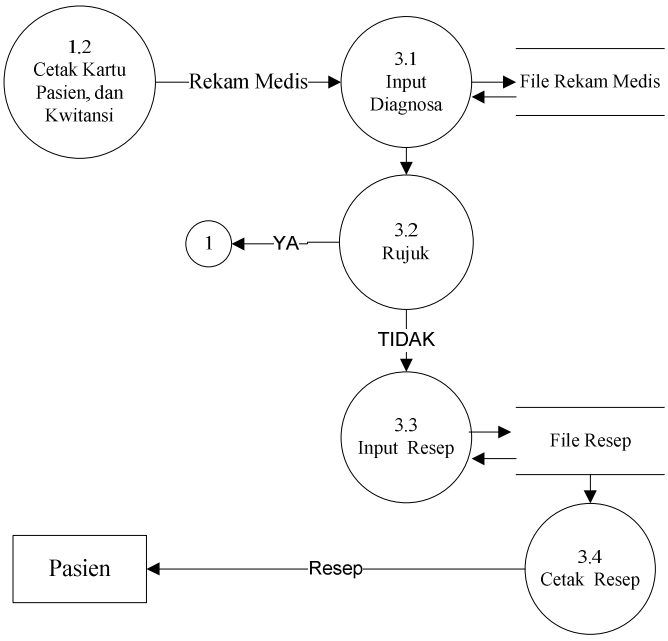


Gambar 4.17. DFD Level 1 untuk Proses 1.0



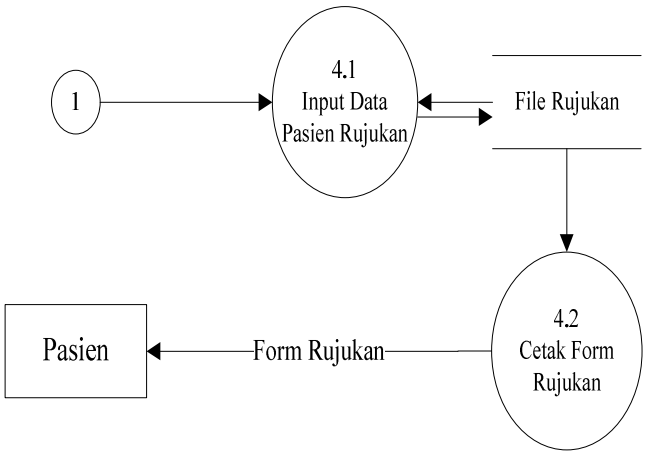
Gambar 4.18. DFD Level 1 untuk Proses 2.0 Pengeluaran Obat

DFD Level 1 untuk Proses 3.0 Diagnosa

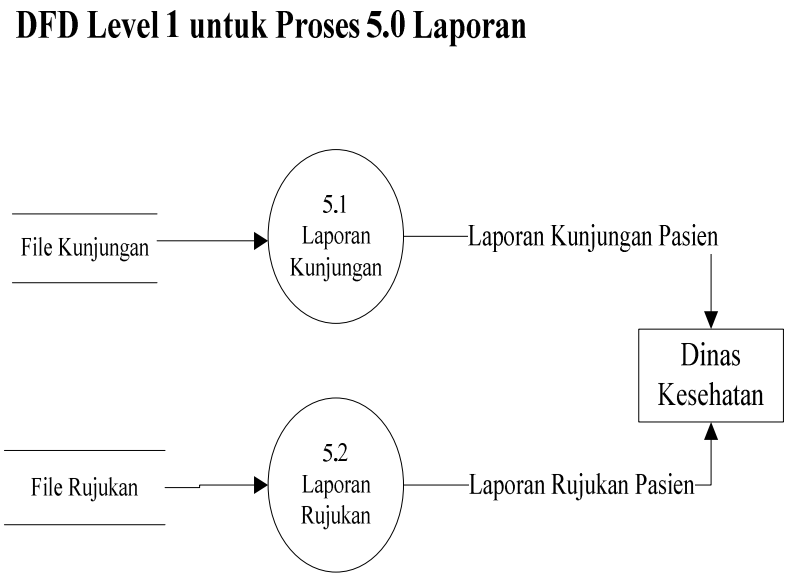


Gambar 4.19. DFD Level 1 untuk Proses 3.0 Diagnosa

DFD Level 1 untuk Proses 4.0 Rujukan



Gambar 4.20. DFD Level 1 untuk Proses 4.0 Rujukan



Gambar 4.22. DFD Level 1 untuk Proses 5.0 Laporan

4.2.3.4. Kamus Data

Kamus data berasal dari diagram hubungan entity dan dokumen-dokumen sumber input dari Sistem Informasi Administrasi Pasien UPTD Puskesmas Cimanggung Kab. Sumedang. Kamus data ini dapat digunakan untuk membuat suatu program aplikasi.

Kamus data yang dipakai untuk membantu jalannya program adalah sebagai berikut :

1. Nama Data : Kartu Pasien / Identitas Pasien

   Aliran Data : Entitas Pasien - Proses 1.0

   Volume : Setiap Pasien yang akan daftar

Keterangan : Menyimpan data pasien yang akan di isi Bag. Administrasi

Struktur Data : No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Alamat.

2. Nama Data : Data Pasien

Alias : Rekam Medis

Aliran Data : File Data Pasien – Proses 2.0

Volume : Setiap Pasien yang telah daftar

Keterangan : Menyimpan data pasien yang telah di isi Bag. Administrasi

Struktur Data : No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Nama_KK, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien.

3. Nama Data : Data Dokter

Aliran Data : File Pendaftaran – Proses 2.0

Volume : -

Keterangan : Sebagai data dokter yang ada di Puskesmas

Struktur Data : Kode_Dokter, Nama_Dokter, Jenis_Kelamin_Dokter, Tgl_Lahir_Dokter, Alamat_Dokter, Spesialisasi

4. Nama Data : Kwitansi

   Aliran Data : Proses 1.2 – Entitas Pasien

   Volume : Setiap Pasien Luar Daerah yang telah daftar

   Keterangan : Sebagai bukti pembayaran

   Struktur Data : No_Struk_Pembayaran, Tanggal, No_Rekam_medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jumlah_Pembayaran.

5. Nama Data : Resep

   Alias : Salinan Resep

   Aliran Data : Entitas Pasien – Proses 2.0, Proses 2.1 – Entitas Pasien, Proses 3.4 – Entitas Pasien

   Volume : Setiap Pasien yang telah diperiksa dokter

   Keterangan : Menyimpan data resep pasien

   Struktur Data : No_Resep, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Kode_Dokter, Nama_Dokter, Tgl_Resep, Diagnosa, Nama_Poliklinik, Kode_Obat, Nama_Obat, Satuan, Dosis, Qty.

6. Nama Data : Obat

   Aliran Data : Proses 2.0 – File Obat

   Volume : Setiap Pasien yang sudah ke Bag. Apotek

   Keterangan : Sebagai bukti bahwa pasien telah ke Bag. Apotek

   Struktur Data : Kode_Obat, Nama_Obat, Satuan, Keterangan, Stock_Awal, Obat_Masuk, Stock_Akhir, Obat_Keseluruhan.

7. Nama Data : Form Rujukan

   Aliran Data : Proses 4.1 – Entitas Pasien

   Volume : Setiap Pasien yang membuat rujukan

   Keterangan : Sebagai form rujukan untuk ke Rumah Sakit

   Struktur Data : No_Rujukan, Tgl_Rujukan, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Rujukan_Ke.

8. Nama Data : Kunjungan

   Aliran Data : Proses 1.1 – File Kunjungan, File Kunjungan – Proses 5.0

   Volume : Setiap pasien yang telah daftar ke puskesmas

   Keterangan : Sebagai data kunjungan pasien ke puskesmas

Struktur Data : No_Urut, Tgl_Daftar, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Nama_Poliklinik.

9. Nama Data : Diagnosa

   Aliran Data : Proses 3.1 – File Diagnosa,

   Volume : Setiap Pasien yang datang ke poliklinik

   Keterangan : Sebagai data diagnosa pasien

   Struktur Data : No_Diagnosa, Tgl_Berobat, Kode_Dokter, Nama_Dokter No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Diagnosa.

4.2.4. Perancangan Basis Data

Rancangan basis data merupakan proses untuk menentukan isi dan pengaturan yang dibutuhkan untuk mendukung berbagai perancangan sistem.

4.2.4.1. Normalisasi

Proses Perubahan perancangan basis data yang menghasilkan skema table dalam bentuk normal.

Untuk mendapatkan proses normalisasi yang normal, memerlukan tahapan sebagai berikut ;

1. **Bentuk Unnormalisasi (Tidak Normal)**

   No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Alamat, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Nama_KK, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Kode_Dokter, Nama_Dokter, Jenis_Kelamin_Dokter, Tgl_Lahir_Dokter, Alamat_Dokter, Spesialisasi, No_Struk_Pembayaran, Tanggal, No_Rekam_medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jumlah_Pembayaran, No_Resep, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Kode_Dokter, Nama_Dokter, Tgl_Resep, Diagnosa, Nama_Poliklinik, Kode_Obat, Nama_Obat, Satuan, Keterangan, Qty, Kode_Obat, Nama_Obat, Satuan, Dosis, Obat_Masuk, Obat Keseluruhan, Stock_Awal, , Stock_Akhir, No_Rujukan, Tgl_Rujukan, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Rujukan_Ke, No_Urut, Tgl_Daftar, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien, Nama_Poliklinik, No_Diagnosa, Kode_Dokter, Nama_Dokter, No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Alamat, Jenis_Pasien.

2. **Bentuk Normal ke - 1**

   = {No_Rekam_Medis, Nama_Pasien, Alamat, Nama_KK, Jenis_Kelamin, Tgl_Lahir, Jenis_Pasien, Kode_Dokter, Nama_Dokter, Jenis_Kelamin_Dokter, Tgl_Lahir_Dokter, Alamat_Dokter, Spesialisasi, No_Struk_Pembayaran, Tanggal, Jumlah_Pembayaran,

No_Resep, Tgl_Resep, Diagnosa, Nama_Poliklinik, Kode_Obat, Nama_Obat, Satuan, Keterangan, Dosis, Qty, Obat_Masuk, Obat Keseluruhan, Stock_Awal, Stock_Akhir, No_Rujukan, Tgl_Rujukan, Rujukan_Ke, No_Urut, Tgl_Daftar, No_Diagnosa, Tgl_Berobat}

3. **Bentuk Normal ke – 2**

Data Pasien = {No_Rekam_medis*, Nama_Pasien, Nama_KK Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Alamat, Jenis_Pasien }

Data Dokter = {Kode_Dokter*, Nama_Dokter, Jenis_Kelamin_Dokter, Tgl_Lahir_Dokter, Alamat_Dokter, Spesialisasi }

Data Obat = {Kode_Obat*, Nama_Obat, Satuan, Keterangan, Stock_Awal, Obat_Masuk, Stock_Akhir, Obat Keseluruhan }

4. **Bentuk Normal ke – 3**

Data Pasien = { No_Rekam_medis*, Nama_Pasien, Nama_KK Tgl_Lahir, Jenis_Kelamin, Alamat, Jenis_Pasien }

Data Dokter = { Kode_Dokter*, Nama_Dokter, Jenis_Kelamin_Dokter, Tgl_Lahir_Dokter, Alamat_Dokter, Spesialisasi }

Data Obat = { Kode_Obat*, Nama_Obat, Satuan, Keterangan, Stock_Awal, Obat_Masuk, Stock_Akhir, Obat_Keseluruhan }

Form Rujukan = {No_Rujukan, Tgl_Rujukan, Rujukan_Ke, No_Diagnosa**}

Kwitansi = {No_Struk_Pembayaran, Tanggal, Jumlah_Pembayaran, No_Rekam_Medis**}

Data Resep = { No_Resep*, Tgl_Resep, No_Rekam_Medis**, Kode_Dokter**}

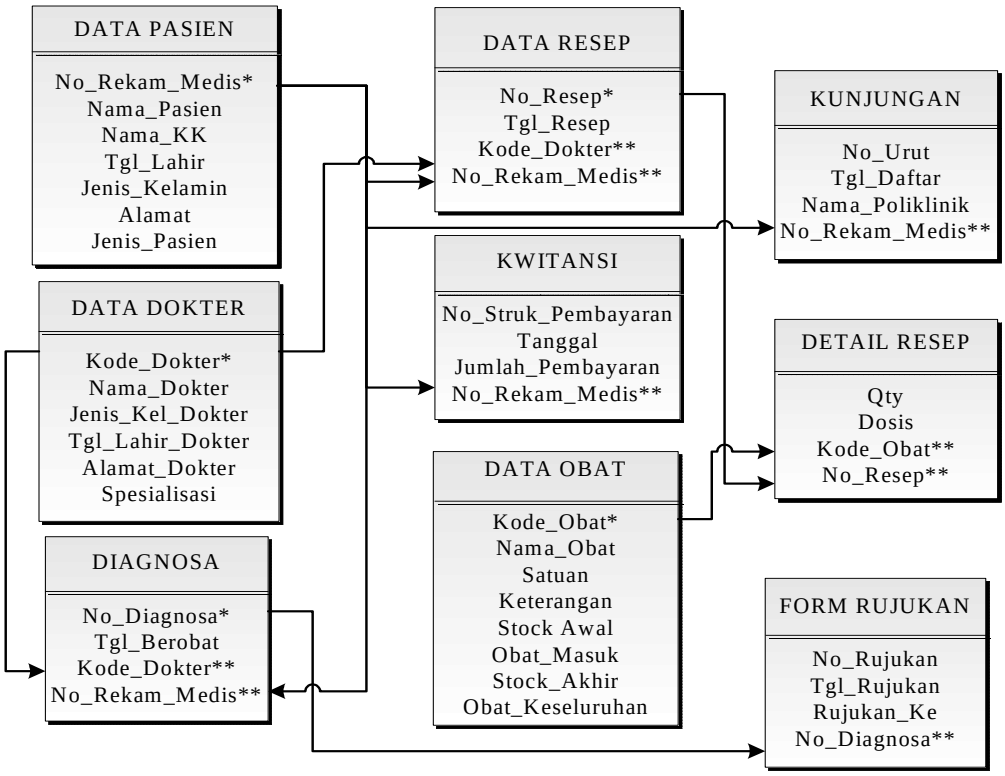
Kunjungan = {No_Urut, Tgl_Daftar, Nama_Poliklinik, No_Rekam_Medis**}

Diagnosa = { No_Diagnosa*, Tgl_Berobat, No_Rekam_Medis**, Kode_Dokter**}

Detail Resep = {Qty, Dosis, Kode_Obat**, No_Resep**}

4.2.4.2. Relasi Tabel

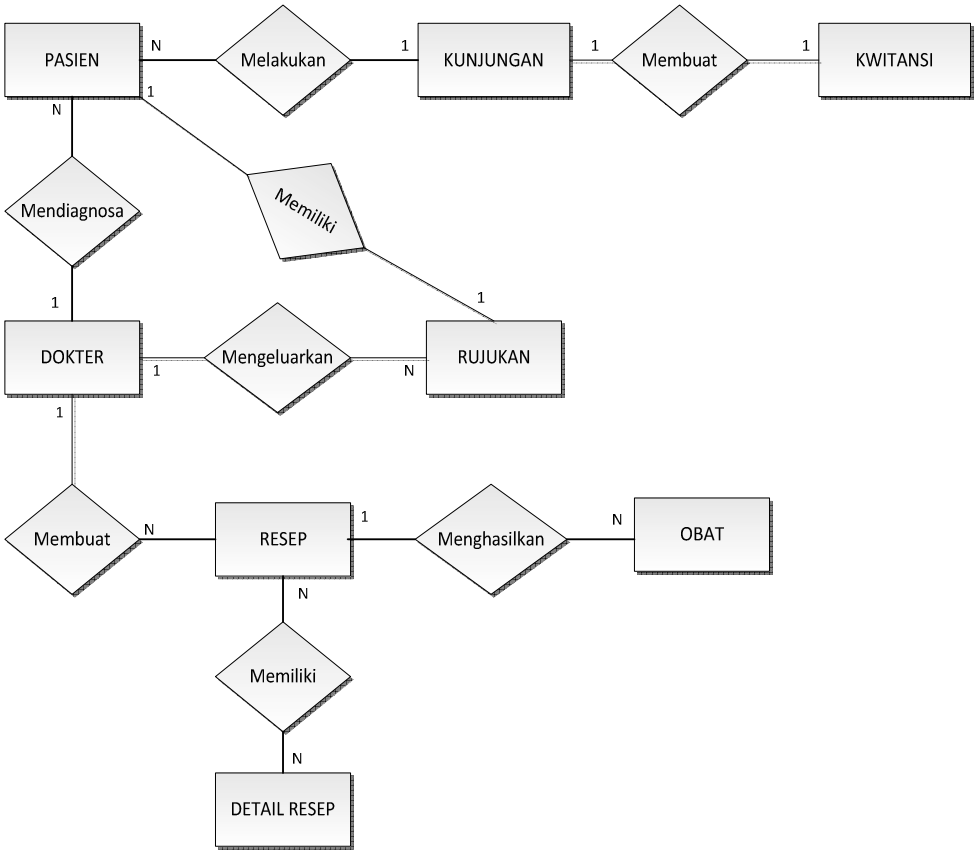
Tabel relasi adalah himpunan elemen-elemen data yang diorganisasikan menggunakan model kolom vertikal dan baris horizontal.



Gambar 4.23. Tabel Relasi

4.2.4.3.Entity Relationship Diagram

Suatu alat dalam bentuk bagan yang menggambarkan relasi dan entitas suatu informasi. Entitas atas objek yang datanya dicetak atau direkam yang kemudian diolah.



Gambar 4.24. Tabel ERD

4.2.4.4. Struktur File

Digunakan untuk peracangan sistem, karena struktur file ini dapat menentukan struktur file basis data yang menunjukan struktur dari elemen data yang mengatakan panjang elemen data dan jenis data.

Tabel 4.2. db.Pasien

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Rekam_Medis	Varchar	20	Primary Key
2	Nama_Pasien	Varchar	30	Nama Identitas Pasien
3	Nama_KK	Varchar	30	Nama Kepala Keluarga
4	Jenis_Kelamin	Varchar	10	Jenis Kelamin Pasien
5	Tgl_Lahir	Date	8	Tgl Lahir Pasien
6	Alamat	Varchar	50	Umur Pasien
7	Jenis_Pasien	Varchar	10	Alamat Pasien

Tabel 4.3. db.Resep

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Resep	Varchar	20	Primary Key
2	Tgl_Resep	Date	8	Tanggal Buat Resep
3	No_Rekam_Medis	Varchar	20	Foreign Key
4	Kode_Dokter	Varchar	5	Foreign Key

Tabel 4.4. db.Rujukan

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Rujukan	Varchar	20	Primary key
2	Tgl_Rujukan	Date	8	Tanggal Buat Rujukan
3	Rujukan_Ke	Varchar	30	Rujukan Pasien Ke-
4	No_Diagnosa	Varchar	20	Foreign Key

Tabel 4.5. db.Obat

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	Kode_Obat	Varchar	5	Primary Key
2	Nama_Obat	Varchar	20	Nama Obat Pasien
3	Satuan	Varchar	10	Satuan Obat
4	Keterangan	Varchar	30	Keterangan Obat
5	Stock_Awal	Int	4	Stock Awal Obat
6	Obat_Masuk	Int	4	Obat Masuk
7	Stock_Akhir	Int	4	Stock Akhir Obat
8	Obat_Keseluruhan	Int	4	Jumlah Keseluruhan Obat

Tabel 4.6. db.Kwitansi

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Struk_Pembayaran	Varchar	20	No Struk Pembayaran
2	Tanggal	Date	8	Tanggal Pembuatan Kwitansi
3	Jumlah_Pembayaran	Money	8	Jumlah Pembayaran
4	No_Rekam_Medis	Varchar	20	Foreign Key

Tabel 4.7. db.Dokter

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	Kode_Dokter	Varchar	5	Primary Key
2	Nama_Dokter	Varchar	25	Nama Dokter
3	Jenis_Kelamin_Dokter	Varchar	10	Jenis Kelamin Dokter
4	Tgl_Lahir_Dokter	Date	8	Tanggal Lahir Dokter
5	Alamat_Dokter	Varchar	30	Alamat Dokter
6	Spesialisasi	Varchar	15	Spesialisasi Dokter

Tabel 4.8. db.Kunjungan

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Urut	Varchar	20	No Urut
2	Tgl_Daftar	Date	8	Taggal Pasien Daftar
3	Nama_Poliklinik	Varchar	15	Nama Poliklinik
4	No_Rekam_Medis	Varchar	20	Foreign Key

Tabel 4.9. db.Diagnosa

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	No_Diagnosa	Varchar	20	Primary Key
2	Tgl_Berobat	Date	8	Tanggal Berobat
3	Diagnosa	Varchar	30	Diagnosa Pasien
4	Kode_Dokter	Varchar	4	Foreign Key
5	No_Rekam_Medis	Varchar	20	Foreign Key

Tabel 4.10. db. Detail Resep

NO	NAMA FIELD	TYPE	SIZE	KET
1	Kode_Obat	Varchar	5	Foreign Key

2	Qty	Int	4	Qty Obat
3	Dosis	Varchar	5	Dosis Obat
4	No_Resep	Varchar	12	Foreign Key

4.2.4.5. Kodifikasi

Pengkodean digunakan untuk mengklasifikasikan data dan membantu dalam mengidenifikasi objek data.

1. No Rekammedis adalah 15 digit, yaitu 2 digit pertama di depan inisial rekam medis, 6 digit kedua adalah untuk menentukan tanggal, bulan dan tahun berobat, 5 digit berikutnya adalah kode pasien ;

   Format : XX- dd - mm - yy – XXX

   (Rekam Medis- Date - Month – Year – Kode Pasien)

   Contoh : RM/190610-00001
2. Kode_Dokter adalah 4 digit, yaitu 1 digit pertama menunjukan spesialisasi 3 digit terakhir no dokter ;

   Format : X –XXX

   (Kode Inisial Spesialisasi - No Urut Dokter)

   Contoh : U001 , G001, B001, L001
3. No Resep adalah 12 digit, 2 digit pertama di depan menunjukan inisial resep, 6 digit berikutnya menunjukan tanggal, bulan dan tahun, dan 4 digit berikutnya no urut pasien, yaitu;

Format : X/dd- mm - yy - XXX

(Resep – Date - Month – Year - No Urut Pasien)

Contoh : R/190610-001

4. Kode Obat adalah 4 digit, yaitu 1 digit nama dari inisial obat, dan 3 digit adalah no urut obat ;

   Format : X–XXX

   (Kode Inisial Obat – No Urut Obat)

   Contoh : A001

5. No Rujukan adalah 16 digit, yaitu 4 digit pertama di depan menunjukan kode puskesmas, 2 digit berikutnya menunjukan bulan, 2 digit berikutnya menunjukan tahun, dan 6 digit berikutnya menunjukan no urut pasien;

   Format : XXXX-mmyy-XXXX

   (Kode Puskesmas - Month – Year - No Urut Pasien)

   Contoh : 1402/0610/000001

6. No Urut adalah 10 digit, 6 digit pertama menunjukan tanggal, bulan dan tahun, dan 4 digit berikutnya no urut pasien, yaitu;

   Format : dd-mm-yy- XXXX

   (Date - Month – Year - No Urut Pasien)

   Contoh : 190610-001

7. No Struk Pembayaran adalah 10 digit, yaitu 2 digit pertama didepan merupakan inisial kwitansi, 7 digit berikutnya merupakan no urut pasien;

Format : KW- XXXXXXX

(Kwitansi – No Urut Pasien)

Contoh : KW-0000001

8. No Diagnosa adalah 12 digit, yaitu 2 digit pertama didepan merupakan inisial diagnosa pasien, 6 digit berikutnya adalah tanggal, bulan dan tahun, kemudian 4 digit terakhir merupakan no urut pasien;

   Format : X/dd-mm-yy-XXXX

   (Diagnosa Pasien- Date - Month – Year - No Urut Pasien)

   Contoh : DP/170610-001

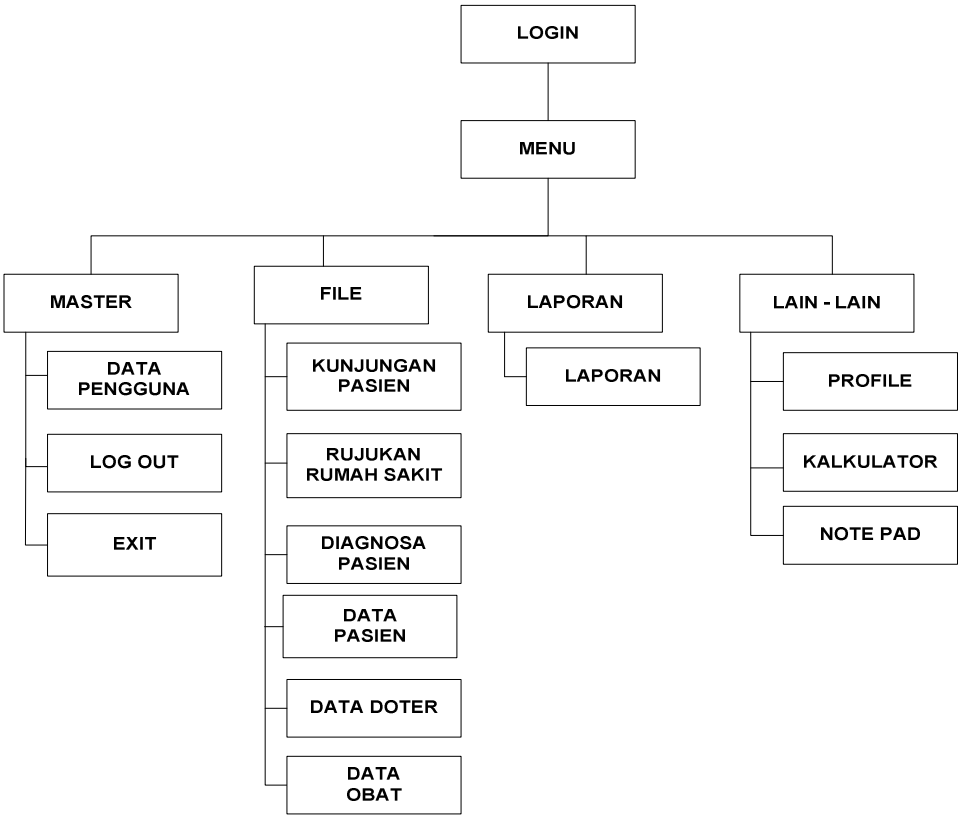
4.2.5. Perancangan Antar Muka

Perancangan Antarmuka merupakan pemaparan mengenai tampilan aplikasi dan kegunaan fungsi dari setiap *Form* yang ada. Untuk memperjelas bentuk dari perancangan antarmuka, berikut pemaparan dan fungsi dari setiap tampilan yang telah dibuat :

4.2.5.1. Struktur Menu

Struktur menu adalah bentuk umum dari suatu rancangan program untuk memudahkan pemakai dalam menjalankan program komputer sehingga pada saat menjalankan program komputer, *user* tidak mengalami kesulitan dalam memilih menu -menu yang diinginkan. Pada perancangan ini dibuat menu yang dapat mengintegrasikan seluruh data dalam suatu sistem dan disertai dengan instruksi yang ada pada pilihan menu tersebut.

Adapun menu tersebut dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:

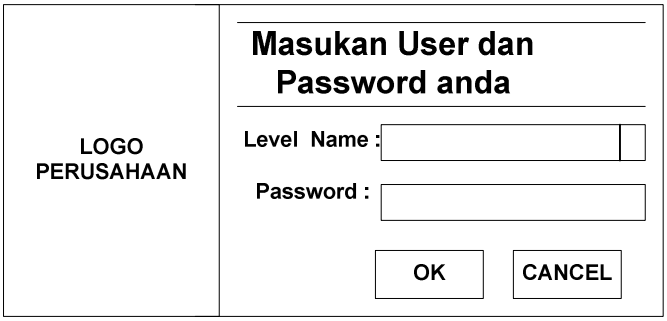


Gambar 4.25. Struktur Menu

4.2.5.2. Perancangan Input

Perancangan Input merupakan awal mula dari penerapan aplikasi untuk proses penginputan data. Untuk memperjelas bentuk dari perancangan input, berikut pemaparan dan fungsi dari setiap tampilan yang telah dibuat :

1. Perancangan Login

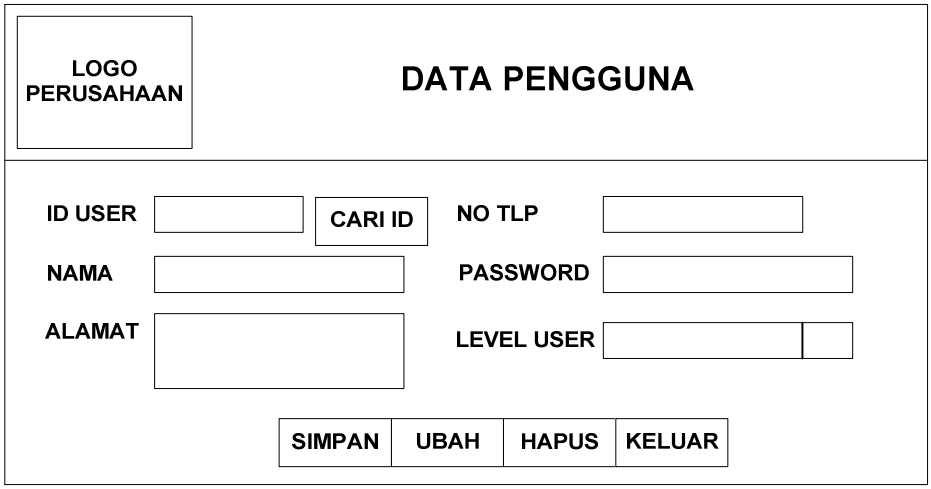


Gambar 4.26. Perancangan Login

Tabel 4.11. Fungsi dan Keterangan Perancangan Login

No	Nama	Objek	Keterangan
1	User Name	ComboBox	Untuk pilih level user
2	Password	TextBox	Untuk input password
3	Ok	Button	Untuk masuk ke aplikasi
4	Cancel	Button	Untuk membatalkan masuk ke aplikasi

2. Perancangan Data Pengguna

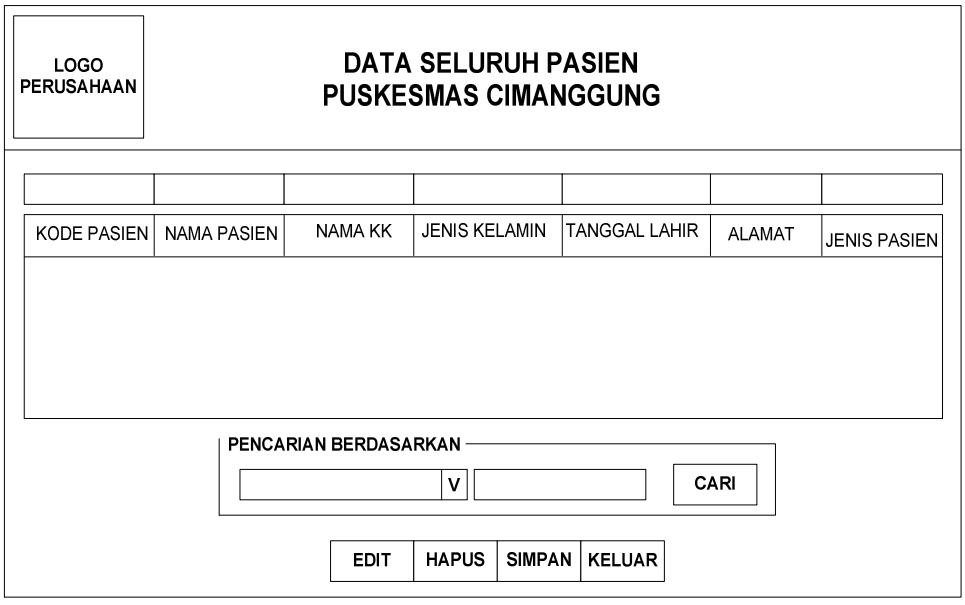


Gambar 4.27. Perancangan Data Pengguna

Tabel 4.12. Fungsi dan Keterangan Perancangan Data Pengguna

No	Nama	Objek	Keterangan
1	Id User	TextBox	Untuk input id user
2	Nama	TextBox	Untuk input nama pengguna
3	Alamat	TextBox	Untuk input alamat pengguna
4	No Tlp	TextBox	Untuk input telepon pengguna
5	Level User	ComboBox	Untuk input level pengguna
6	Cari Id	Button	Untuk Mencari Id Pengguna
7	Simpan	Button	Untuk menyimpan data pengguna
8	Ubah	Button	Untuk merubah data pengguna
9	Hapus	Button	Untuk menghapus data pengguna
10	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi pengguna

3. Perancangan Data Seluruh Pasien

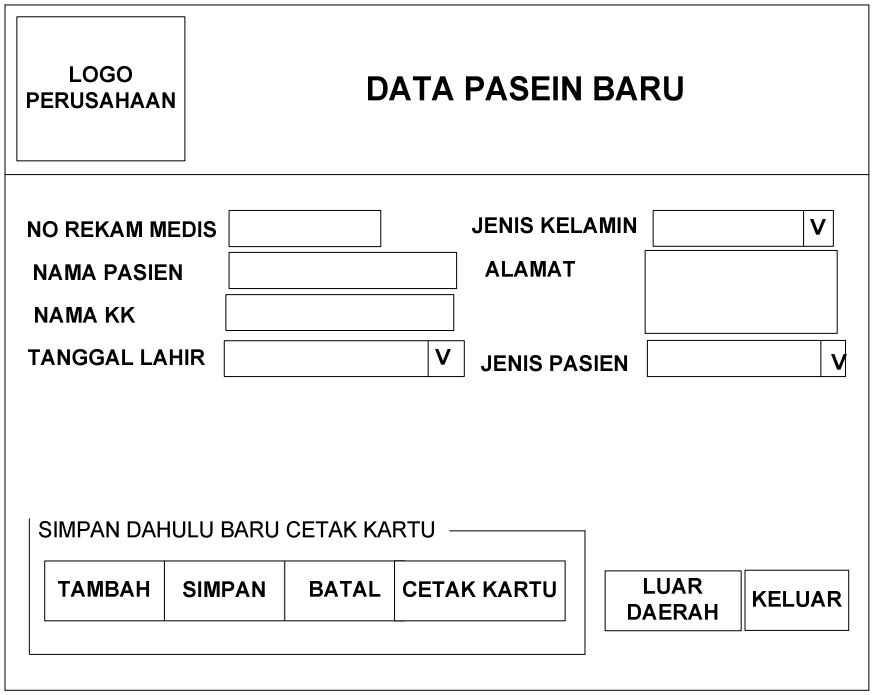


Gambar 4.28. Perancangan Data Seluruh Pasien

Tabel 4.13. Fungsi dan Keterangan Perancangan Data Seluruh Pasien

No	Nama	Objek	Keterangan
1	Kode Pasien	TextBox	Untuk menampilkan kode pasien
2	Nama Pasien	TextBox	Untuk menampilkan nama pasien
3	Nama KK	TextBox	Untuk menampilkan nama kepala keluarga pasien
3	Jenis Kelamin	TextBox	Untuk menampilkan jenis kelamin pasien
4	Tgl Lahir	TextBox	Untuk menampilkan tanggal lahir pasien
5	Alamat	TextBox	Untuk menampilkan alamat pasien
6	Jenis Pasien	TextBox	Untuk menampilkan jenis pasien pasien
7	Pencarian	ComboBox	Untuk memilih data pencarian pasien
8	Cari	TextBox	Untuk input data pencarian pasien
9	Cari	Button	Untuk mencari data pasien
10	Edit	Button	Untuk merubah data pasien
11	Hapus	Button	Untuk menghapus data pasien
11	Simpan	Button	Untuk menyimpan data pasien
12	Batal	Button	Untuk membatalkan pengubahan data pasien
13	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi pengguna

4. Perancangan Data Pasien Baru



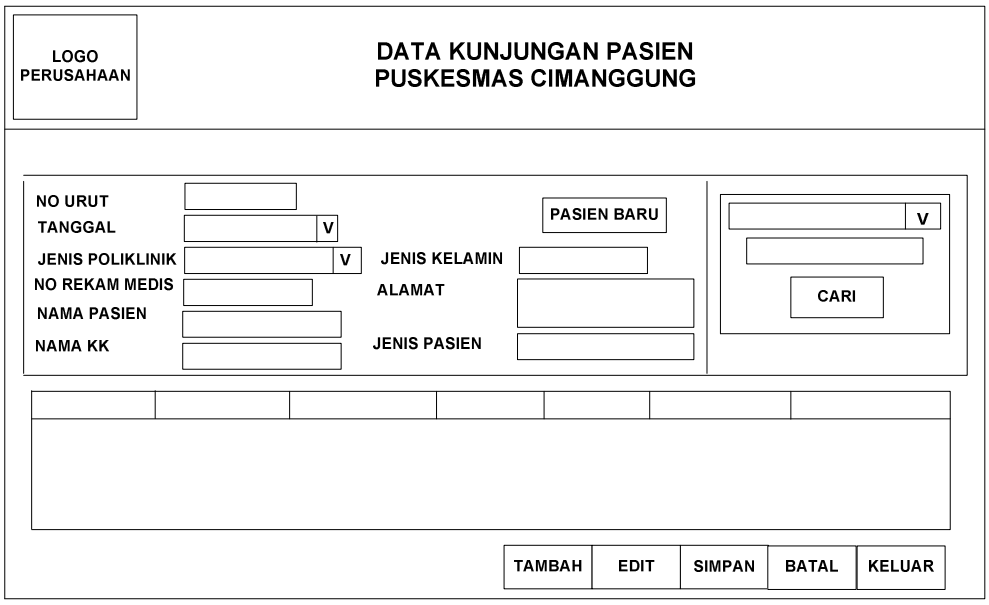
Gambar 4.29. Perancangan Data Pasien Baru

Tabel 4.14. Fungsi dan Keterangan Perancangan Pasien Baru

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Rekam Medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
2	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien
3	Jenis Kelamin	ComboBox	Untuk input jenis kelamin pasien
4	Tgl Lahir	TextBox	Untuk input tanggal lahir pasien
5	Alamat	TextBox	Untuk input alamat pasien
6	Jenis Pasien	ComboBox	Untuk input jenis pasien
7	Pencarian	ComboBox	Untuk memilih data pencarian pasien
8	Cari	TextBox	Untuk input data pencarian pasien
9	Cari	Button	Untuk menampilkan pencarian pasien
10	Simpan	Button	Untuk menyimpan data asien
11	Batal	Button	Untuk membatalkan input data pasien

12	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi pasien baru
13	Cetak Kartu	Button	Untuk mencetak kartu pasien
14	Luar Daerah	Button	Untuk masuk ke form pasien luar daerah
15	Tambah	Button	Untuk menambah data pasien baru

5. Perancangan Data Kunjungan Pasien



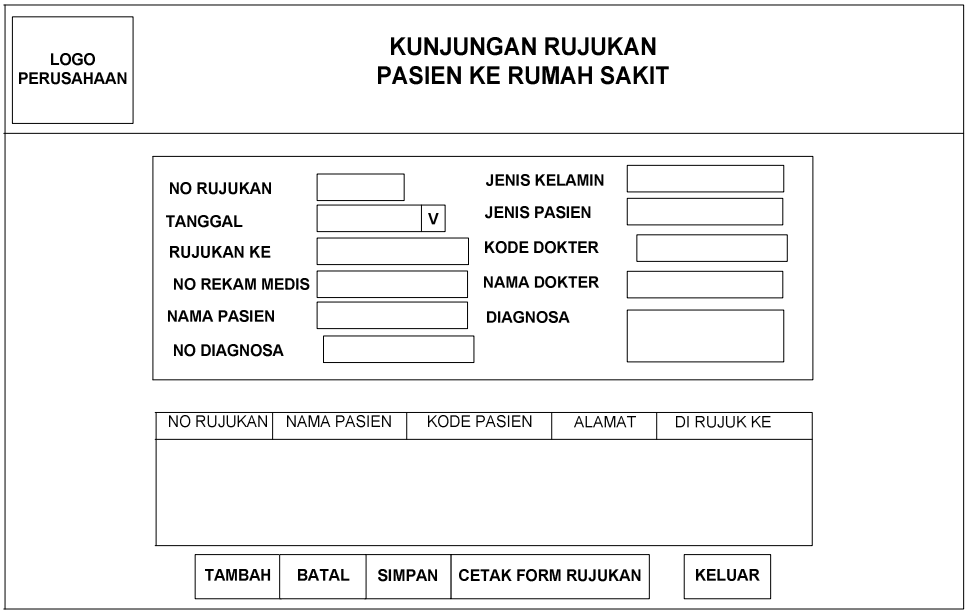
Gambar 4.30. Perancangan Data Kunjungan Pasien

Tabel 4.15. Fungsi dan Keterangan Perancangan Kunjungan Pasien

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Urut	TextBox	Untuk input no urut pasien
2	Tanggal	TextBox	Untuk input tanggal kunjungan pasien
3	Jenis Poliklinik	ComboBox	Untuk input jenis poliklinik
4	No Rekam Medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
5	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien

6	Nama KK	TextBox	Untuk input nama kepala keluarga pasien
7	Jenis Kelamin	TextBox	Untuk input jenis kelamin pasien
8	Alamat	TextBox	Untuk input alamat pasien
9	Jenis Pasien	TextBox	Untuk input jenis pasien
10	Pencarian	ComboBox	Untuk memilih data pencarian pasien
11	Cari	TextBox	Untuk input data pencarian pasien
12	Cari	Button	Untuk menampilkan pencarian pasien
13	Tambah	Button	Untuk menambah data kunjungan pasien
14	Edit	Button	Untuk merubah data kunjungan pasien
15	Simpan	Button	Untuk menyimpan data kunjungan pasien
16	Batal	Button	Untuk batal input data kunjungan pasien
17	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi kunjungan pasien
18	Pasien Baru	Button	Untuk masuk ke form pasien baru

6. Perancangan Rujukan Pasien Ke Rumah Sakit



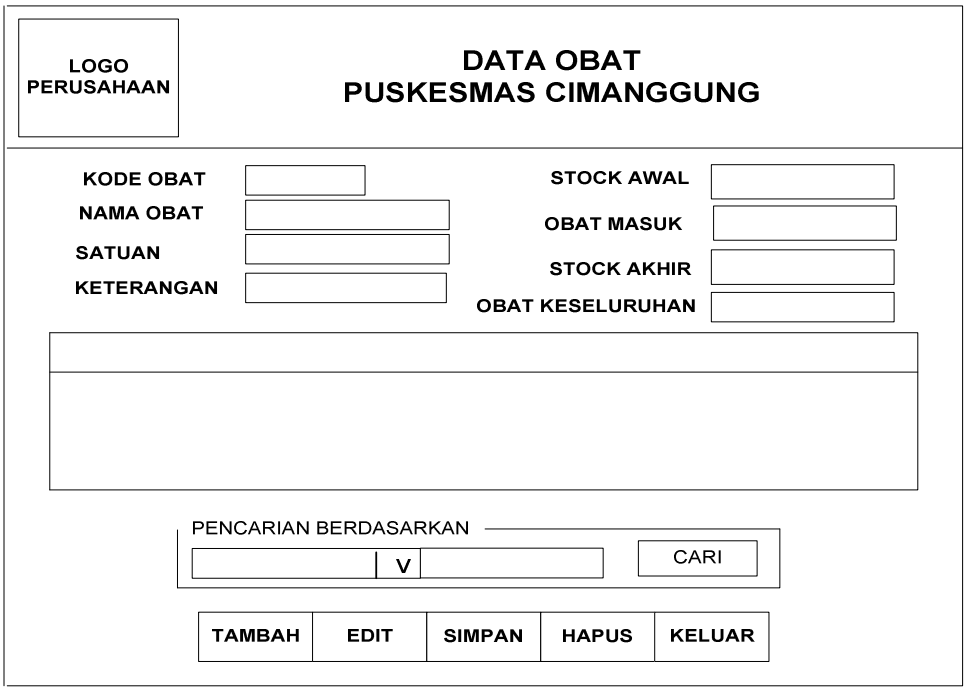
Gambar 4.31. Perancangan Rujukan Pasien Ke Rumah Sakit

Tabel 4.16. Fungsi dan Keterangan Perancangan Rujukan Pasien

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Rujukan	TextBox	Untuk input no rujukan pasien
2	Tanggal	ComboBox	Untuk input tanggal rujukan pasien
3	Rujukan Ke	TextBox	Untuk input rujukan ke rumah sakit
4	No Rekam Medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
5	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien
6	Jenis Kelamin	TextBox	Untuk input jenis kelamin pasien
7	Jenis Pasien	TextBox	Untuk input jenis pasien
9	Kode Dokter	TextBox	Untuk input kode dokter
10	Nama Dokter	TextBox	Untuk input nama dokter
11	No Diagnosa	TextBox	Untuk input no diagnosa
12	Diagnosa	TextBox	Untuk input diagnosa pasien
13	Tambah	Button	Untuk menambah data rujukan pasien

14	Simpan	Button	Untuk menyimpan data rujukan pasien
15	Batal	Button	Untuk batal input data rujukan pasien
16	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi rujukan pasien

7. Perancangan Data Obat



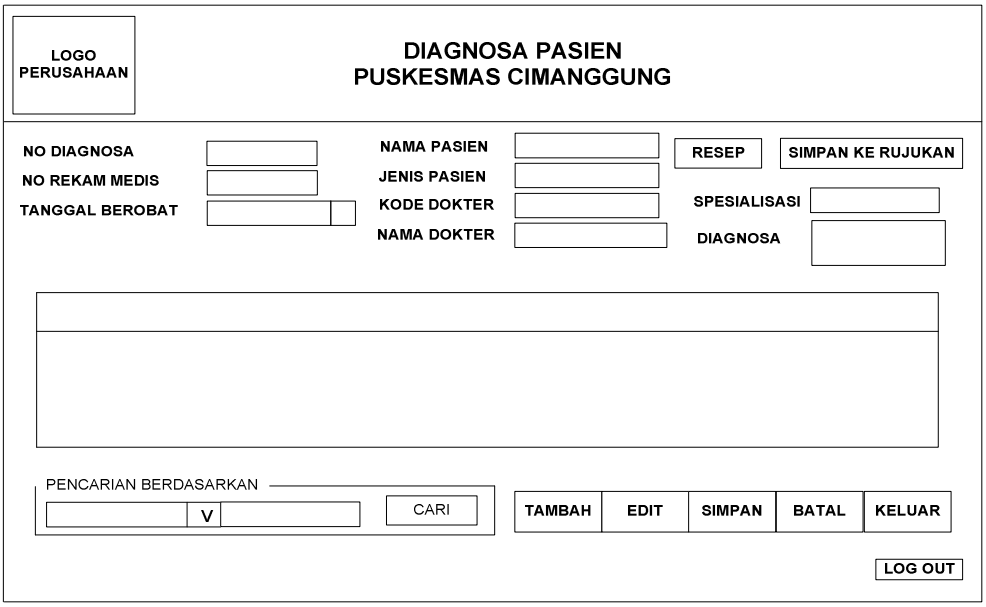
Gambar 4.32. Perancangan Data Obat

Tabel 4.17. Fungsi dan Keterangan Perancangan Data Obat

No	Nama	Objek	Keterangan
1	Kode Obat	TextBox	Untuk input kode obat
2	Nama Obat	ComboBox	Untuk input nama obat
3	Satuan	TextBox	Untuk input satuan obat
4	Keterangan	TextBox	Untuk input keterangan obat
5	Stock Awal	TextBox	Untuk input stock awal obat

6	Obat Masuk	TextBox	Untuk input obat masuk
7	Stock Akhir	TextBox	Untuk input stock akhir obat
8	Obat Keseluruhan	TextBox	Untuk input obat keseluruhan
9	Pencarian	ComboBox	Untuk memilih data pencarian obat
10	Cari	TextBox	Untuk input data pencarian obat
11	Cari	Button	Untuk menampilkan pencarian obat
12	Tambah	Button	Untuk menambah data obat
13	Edit	Button	Untuk merubah data obat
14	Simpan	Button	Untuk menyimpan data obat
15	Batal	Button	Untuk batal input data obat
16	Hapus	Button	Untuk hapus data obat
17	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi data obat

8. Perancangan Diagnosa

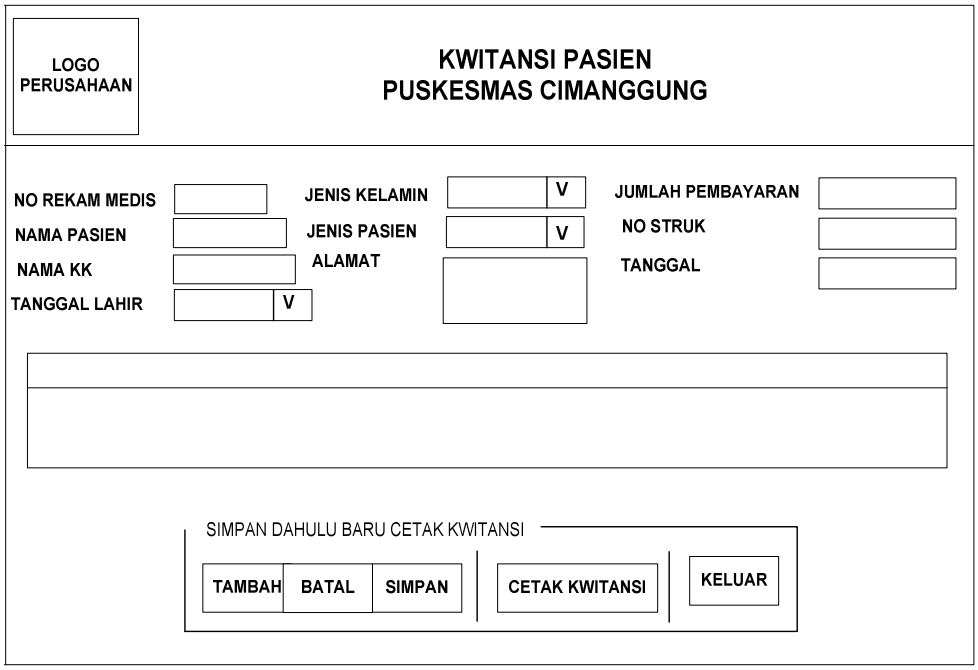


Gambar 4.33. Perancangan Diagnosa

Tabel 4.18. Fungsi dan Keterangan Perancangan Diagnosa

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Diagnosa	TextBox	Untuk input no diagnosa
2	No Rekam Medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
3	Tanggal Berobat	ComboBox	Untuk input tanggal berobat
4	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien
5	Jenis Pasien	TextBox	Untuk input jenis pasien
6	Kode Dokter	TextBox	Untuk input kode dokter
7	Nama Dokter	TextBox	Untuk input nama dokter
8	Spesialisasi	TextBox	Untuk input spesialis dokter
9	Diagnosa	TextBox	Untuk input diagnosa pasien
10	Pencarian	ComboBox	Untuk memilih data pencarian pasien
11	Cari	TextBox	Untuk input data pencarian pasien
12	Cari	Button	Untuk menampilkan pencarian pasien
13	Tambah	Button	Untuk menambah data diagnosa pasien
14	Edit	Button	Untuk merubah data diagnosa pasien
15	Simpan	Button	Untuk menyimpan data diagnosa pasien
16	Batal	Button	Untuk batal input data diagnosa pasien
17	Hapus	Button	Untuk hapus data diagnosa pasien
18	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi diagnosa pasien
19	Resep	Button	Untuk masuk ke aplikasi resep
20	Simpan Ke Rujukan	Button	Untuk masuk ke aplikasi rujukan

9. Perancangan Kwitansi



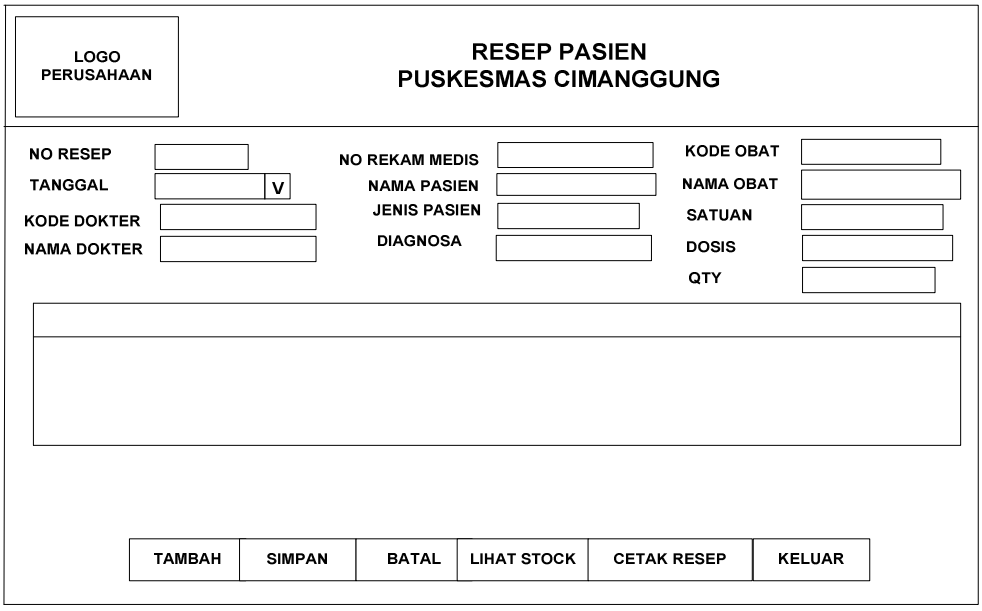
Gambar 4.34. Perancangan Kwitansi

Tabel 4.19. Fungsi dan Keterangan Perancangan Kwitansi

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Struk	TextBox	Untuk input no struk
2	Tanggal	ComboBox	Untuk input tanggal
3	No Rekam Medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
4	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien
5	Jenis Kelamin	TextBox	Untuk input jenis kelamin pasien
6	Jenis Pasien	TextBox	Untuk input jenis pasien
7	Jumlah pembayaran	TextBox	Untuk input jumlah pembayaran
8	Tambah	Button	Untuk menambah data kwitansi pasien
9	Batal	Button	Untuk batal input data kwitansi pasien
10	Simpan	Button	Untuk menyimpan data kwitansi

			pasien
11	Cetak Kwitansi	Button	Untuk mencetak kwitansi
12	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi kwitansi

10. Perancangan Resep



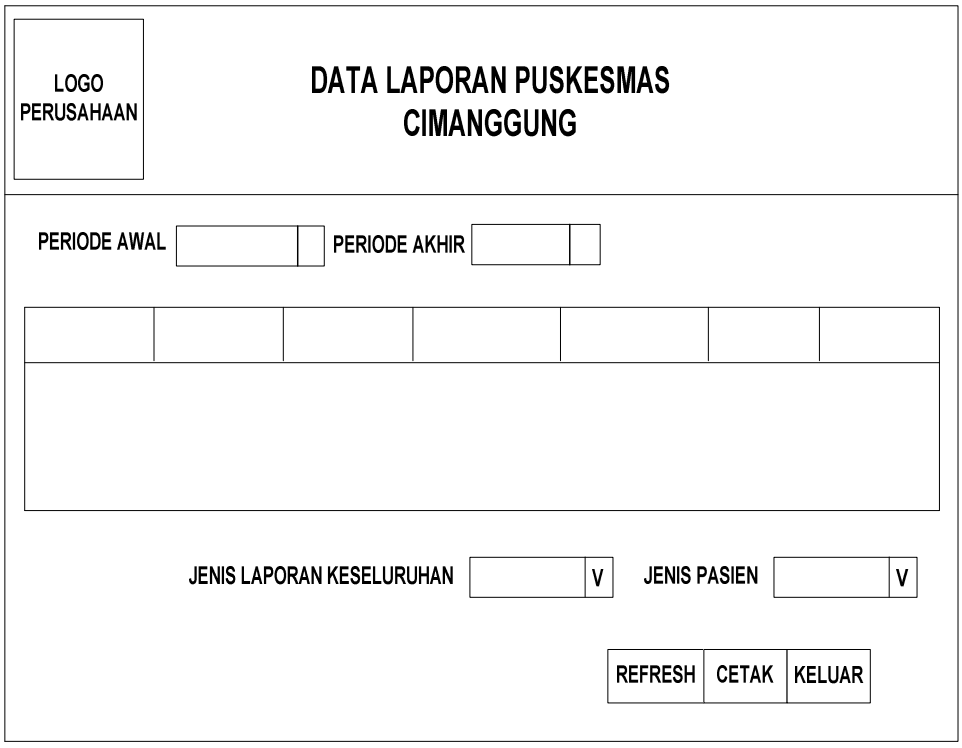
Gambar 4.35. Perancangan Resep

Tabel 4.20. Fungsi dan Keterangan Perancangan Resep

No	Nama	Objek	Keterangan
1	No Resep	TextBox	Untuk input no resep
2	Tanggal	ComboBox	Untuk input tanggal
3	Kode Dokter	TextBox	Untuk input kode dokter
4	Nama Dokter	TextBox	Untuk input nama dokter
5	No Rekam medis	TextBox	Untuk input no rekam medis pasien
6	Nama Pasien	TextBox	Untuk input nama pasien
7	Jenis Pasien	TextBox	Untuk input jenis pasien
9	Diagnosa	TextBox	Untuk input diagnosa pasien

10	Kode Obat	TextBox	Untuk input kode obat
11	Nama Obat	TextBox	Untuk input nama obat
12	Satuan	TextBox	Untuk input satuan obat
13	Dosis	TextBox	Untuk input dosis obat
14	Qty	TextBox	Untuk input qty obat
15	Tambah	Button	Untuk menambah data resep pasien
16	Simpan	Button	Untuk menyimpan data resep pasien
17	Batal	Button	Untuk batal input data resep pasien
18	Cetak Resep	Button	Untuk cetak resep
19	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi resep pasien

11. Perancangan Laporan



Gambar 4.36. Perancangan Laporan

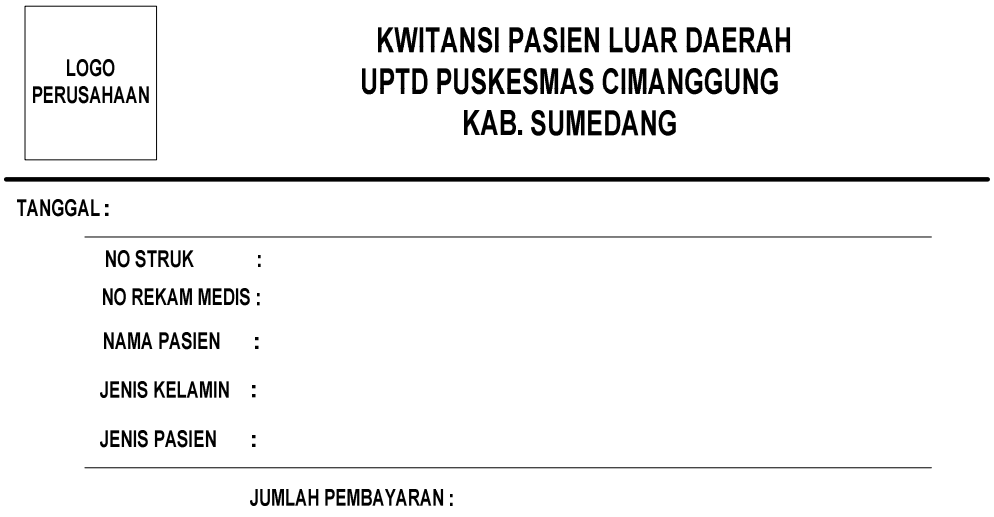
Tabel 4.21. Fungsi dan Keterangan Perancangan Laporan

No	Nama	Objek	Keterangan
1	Periode Awal	ComboBox	Untuk input periode awal
2	Periode Akhir	ComboBox	Untuk input periode akhir
3	Laporan Keseluruhan	ComboBox	Untuk memilih jenis laporan
4	Jenis Pasien	ComboBox	Untuk memilih jenis Pasien
5	Refresh	Button	Untuk merefresh data
6	Cetak	Button	Untuk mencetak laporan
7	Keluar	Button	Untuk keluar dari aplikasi laporan

4.2.5.3. Perancangan Output

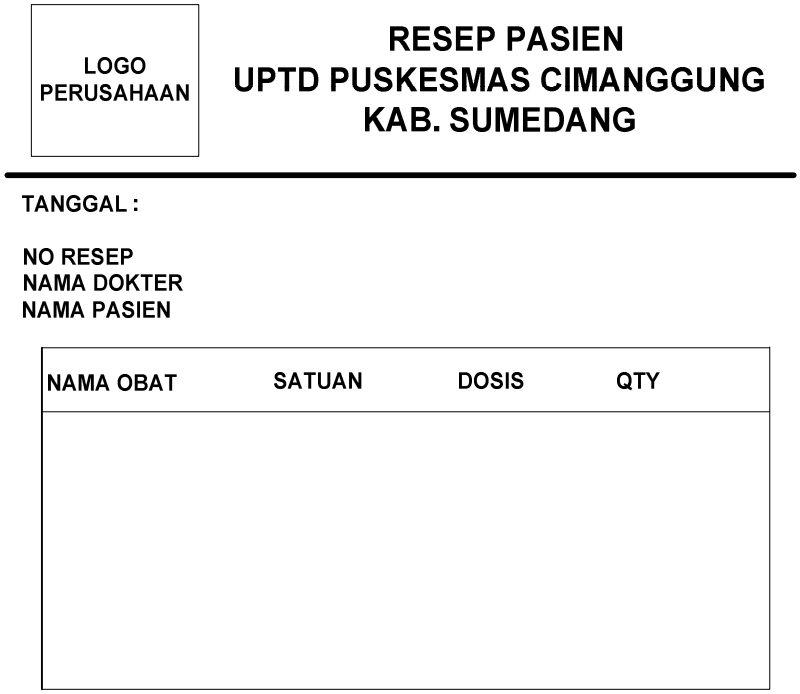
Perancangan Output yaitu informasi yang diperoleh dari sistem yang berupa laporan dari hasil proses Input yang diterima oleh sistem informasi. Berikut adalah rancangan keluarannya :

1. Cetak Kwitansi



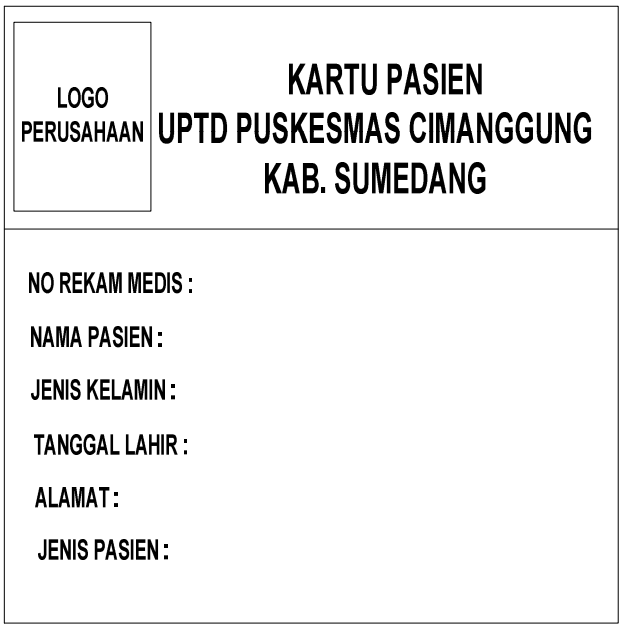
Gambar 4.37. Cetak Kwitansi

2. Cetak Resep



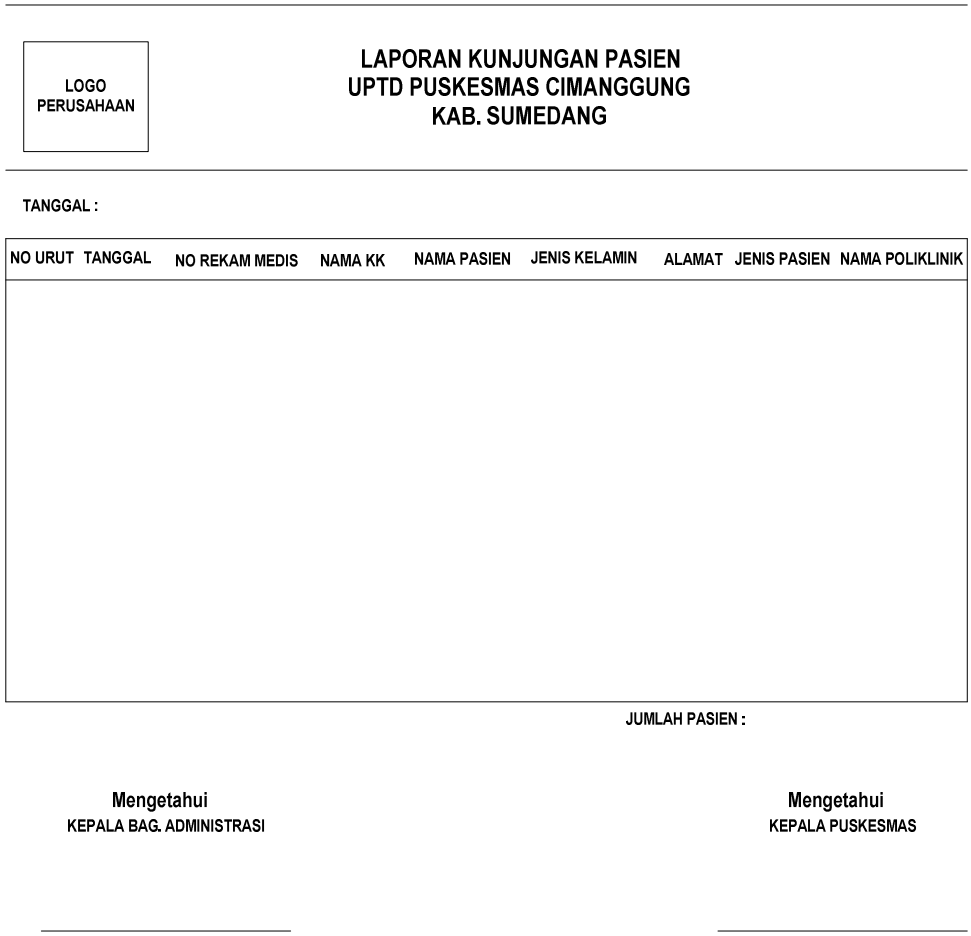
Gambar 4.38. Cetak Resep

3. Cetak Kartu Pasien



Gambar 4.39. Cetak Resep

4. Laporan Kunjungan Pasien


LOGO PERUSAHAAN

LAPORAN KUNJUNGAN PASIEN
UPTD PUSKESMAS CIMANGGUNG
KAB. SUMEDANG

TANGGAL :

NO URUT	TANGGAL	NO REKAM MEDIS	NAMA KK	NAMA PASIEN	JENIS KELAMIN	ALAMAT	JENIS PASIEN	NAMA POLIKLINIK

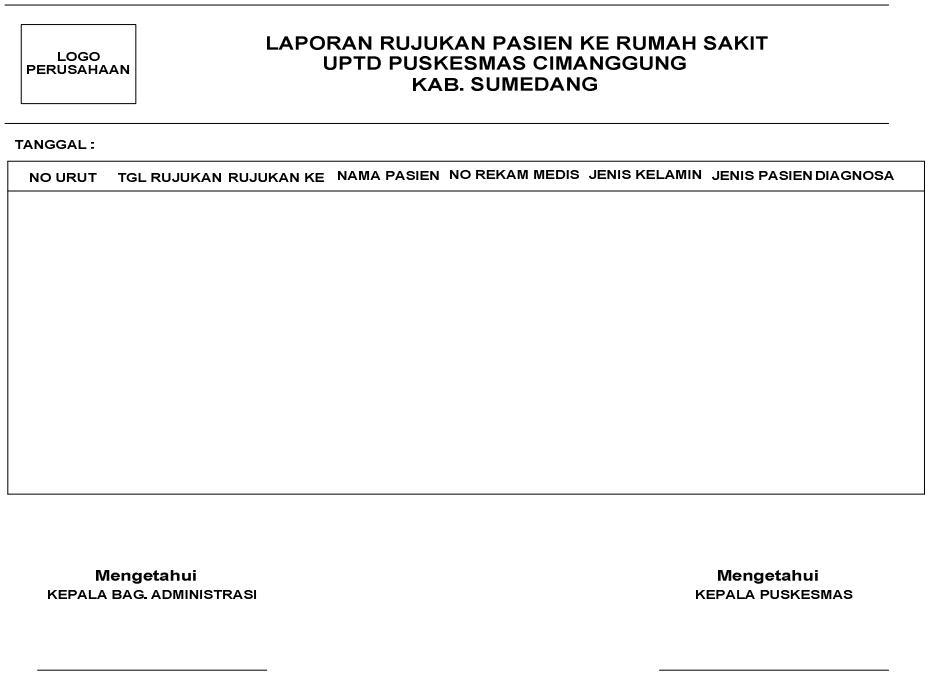
JUMLAH PASIEN :

Mengetahui
KEPALA BAG. ADMINISTRASI

Mengetahui
KEPALA PUSKESMAS

Gambar 4.40. Laporan Kunjungan Pasien

2. Laporan Rujukan Pasien


LOGO PERUSAHAAN

LAPORAN RUJUKAN PASIEN KE RUMAH SAKIT
UPTD PUSKESMAS CIMANGGUNG
KAB. SUMEDANG

TANGGAL :

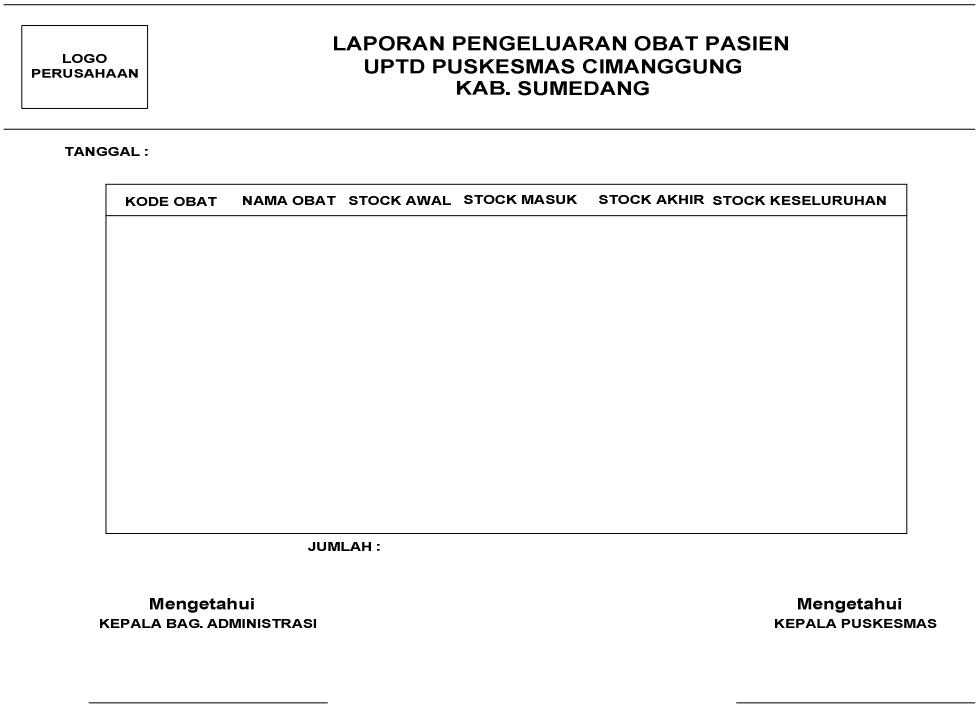
NO URUT	TGL RUJUKAN	RUJUKAN KE	NAMA PASIEN	NO REKAM MEDIS	JENIS KELAMIN	JENIS PASIEN	DIAGNOSA

Mengetahui
KEPALA BAG. ADMINISTRASI

Mengetahui
KEPALA PUSKESMAS

Gambar 4.41. Laporan Rujukan Pasien

3. Laporan Pengeluaran Obat


LOGO PERUSAHAAN

LAPORAN PENGELUARAN OBAT PASIEN
UPTD PUSKESMAS CIMANGGUNG
KAB. SUMEDANG

TANGGAL :

KODE OBAT	NAMA OBAT	STOCK AWAL	STOCK MASUK	STOCK AKHIR	STOCK KESELURUHAN

JUMLAH :

Mengetahui
KEPALA BAG. ADMINISTRASI

Mengetahui
KEPALA PUSKESMAS

Gambar 4.42. Laporan Pengeluaran Obat