

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit yang sangat menentukan mutu pelayanan rumah sakit karena menjadi pintu utama dalam penanganan kasus gawat darurat. Peningkatan mutu pelayanan di IGD tidak hanya berdampak pada keselamatan pasien, tetapi juga memberikan kontribusi pada mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan (Suprpto, 2021). IGD memiliki peran penting dalam upaya penyelamatan nyawa sehingga kecepatan dan ketepatan pertolongan harus sesuai dengan standar pelayanan dan kompetensi tenaga kesehatan agar penanganan berjalan optimal. Prinsip *time saving is life saving* menjadi landasan utama, sebab setiap menit yang terlewat dapat mempengaruhi keselamatan pasien. Keberhasilan pelayanan IGD juga sangat ditentukan oleh kesiapan tenaga kesehatan, ketersediaan sarana, serta mutu pertolongan yang diberikan sejak pasien pertama kali datang hingga dipindahkan ke unit perawatan berikutnya (Azia *et al*, 2020).

Seiring dengan meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan, jumlah kunjungan pasien ke IGD juga mengalami peningkatan baik secara global maupun nasional. Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) (2022), kunjungan pasien ke IGD secara global pada tahun 2021 tercatat sebanyak 27.251.031 kunjungan atau sekitar 21,1% dari total kunjungan rumah sakit. Di Indonesia, data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2019 terdapat 4.402.205 kunjungan pasien ke IGD atau sekitar 12,3% dari total kunjungan rumah sakit umum (Maria *et al*, 2024). Jumlah kunjungan tersebut terus meningkat pada tahun-tahun berikutnya yaitu menjadi 8.597.000 pasien pada tahun 2020, 10.124.000 pasien pada tahun 2021, hingga mencapai 16.712.000 pasien atau sekitar 28,2% dari total kunjungan rumah sakit pada tahun 2022 (Kemenkes RI, 2022). Peningkatan jumlah kunjungan ini dapat berdampak pada meningkatnya beban pelayanan di IGD khususnya berdampak pada waktu tunggu pasien dalam memperoleh penanganan.

Meningkatnya jumlah kunjungan pasien di IGD dapat menimbulkan berbagai permasalahan dalam pelayanan, salah satunya adalah terjadi kepadatan pelayanan atau *overcrowding*. Kondisi *overcrowding* terjadi ketika permintaan layanan gawat darurat melebihi kapasitas IGD dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan tepat waktu. Situasi ini menyebabkan proses pelayanan dan perawatan pasien menjadi kurang optimal serta berpotensi menimbulkan keterlambatan dalam penanganan. Menurut Asplin *et al*. (2003), *overcrowding* di IGD dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor yaitu *input*, *throughput*, dan *output*. Faktor *input* berkaitan dengan peningkatan jumlah kunjungan dan tingkat keparahan (*acuity*) pasien, faktor *throughput* mencakup proses internal selama pelayanan di IGD, sedangkan faktor *output* berhubungan dengan kendala setelah pasien selesai diperiksa dan ditentukan tindak lanjutnya.

Dalam konteks pelayanan di IGD, faktor *throughput* merupakan salah satu aspek yang berperan dalam terjadinya *overcrowding* karena berkaitan langsung dengan proses pelayanan yang berlangsung di dalam IGD. Faktor *throughput* mencakup seluruh rangkaian pelayanan internal, mulai dari pendaftaran pasien, konsultasi dengan dokter, pemeriksaan diagnostik, hingga penetapan disposisi berupa rawat inap, rawat jalan, atau tindakan khusus lainnya. Kompleksitas dan panjangnya proses tersebut dapat menyebabkan pasien berada lebih lama di IGD atau meningkatkan *length of stay* (LOS). Selain *throughput*, faktor *output* juga turut memengaruhi kondisi *overcrowding*, khususnya pada tahap alur pasien keluar dari IGD setelah disposisi ditetapkan. Hambatan pada faktor *output* umumnya berkaitan dengan keterbatasan ruang rawat inap atau keterlambatan tindak lanjut pelayanan sehingga pasien harus menunggu lebih lama di IGD meskipun telah diputuskan untuk dirawat inap (Purawijaya *et al*, 2023).

Faktor *output* merupakan tahap akhir dalam pelayanan di IGD, meliputi ketersediaan ruang rawat inap, hambatan administrasi, dan sistem rujukan yang kurang efisien. Kondisi yang sering terjadi di rumah sakit adalah pasien yang telah ditetapkan untuk dirawat inap harus menunggu lama karena tidak tersedia ruang sehingga pasien tetap menunggu di IGD. Situasi ini menambah beban kapasitas IGD dan memperlambat pelayanan untuk pasien baru yang datang. Faktor *output* juga mencakup seluruh proses pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap, ruang intensif, maupun fasilitas lain. Hasil penelitian Mashao *et al*, (2021) di sebuah rumah sakit akademik di Afrika Selatan menunjukkan bahwa keterlambatan pemindahan pasien dari IGD banyak dipengaruhi oleh area-area *delay* yang terkait dengan keterbatasan sumber daya dan hambatan administrasi. Sejalan dengan itu, penelitian Paling *et al*, (2020) di Inggris juga menemukan bahwa keterbatasan tempat tidur rawat inap merupakan salah satu penyebab utama lamanya waktu tunggu pasien di IGD (Yogantara & Sinulingga, 2025).

Pasien sering mengeluhkan lamanya waktu mereka menunggu baik ketika proses mendapatkan pelayanan di IGD maupun saat dipindahkan ke ruang rawat inap. Keterlambatan ini biasanya disebabkan oleh keterbatasan jumlah tempat tidur, ketidakstabilan tenaga kesehatan yang bertugas, banyaknya pasien yang datang, serta prosedur administrasi yang cukup rumit (Rochana & Djogotuga, 2020). Penelitian lain menunjukkan bahwa lama waktu tunggu pasien untuk dipindahkan ke ruang perawatan intensif dapat memengaruhi kondisi medis, bahkan berdampak pada meningkatnya angka kematian (Rai Bawa *et al*, 2020). Kondisi ini sering kali muncul akibat kepadatan (lonjakan) pasien di IGD, sementara jumlah perawat yang tersedia tidak sebanding sehingga pelayanan di IGD menjadi kurang optimal. Kondisi keterlambatan pelayanan di IGD juga dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya manusia, khususnya perawat yang harus menangani jumlah pasien yang tidak sebanding dengan kapasitas tenaga yang tersedia. Beban kerja yang tinggi serta banyaknya tugas administratif dapat memperlambat proses pelayanan dan

pemindahan pasien ke ruang rawat inap. Situasi ini berpotensi menyebabkan pasien menunggu lebih lama di IGD meskipun telah ditetapkan untuk menjalani perawatan lanjutan (Wahyuningsih *et al*, 2021).

Secara internasional beberapa literatur menunjukkan bahwa lama waktu tinggal pasien di IGD umumnya tidak melebihi 8 jam, sedangkan di tingkat nasional batasnya berkisar hingga 6 jam. Namun, hingga saat ini Indonesia belum memiliki standar nasional yang secara khusus mengatur batas waktu tunggu pasien di IGD sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap (Fadhilah & Dhamanti, 2024). Dengan demikian, baik di tingkat internasional maupun nasional belum ada ketentuan resmi yang menetapkan standar pasti terkait *boarding time* pasien. Oleh karena itu, lama waktu tunggu pasien dari IGD ke ruang rawat inap umumnya diatur melalui indikator mutu atau Standar Operasional Prosedur (SOP) masing-masing rumah sakit yang disesuaikan dengan kapasitas tempat tidur, alur pelayanan, dan kebijakan internal rumah sakit. Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, standar waktu pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap ditetapkan maksimal 2 jam.

Tabel 1. 1 Jumlah Kunjungan Pasien IGD Rumah Sakit Stella Maris Tahun 2025

Bulan	Jumlah Kunjungan IGD 2025	Pasien IGD ke Ruang Rawat Inap
Januari	1837	
Februari	1423	
Maret	1615	
April	1955	
Mei	1914	
Juni	1706	
Juli	1743	
Agustus	1884	
September	2038	
Oktober	2419	
November	2331	
Desember	2020	
Total	22.885	13.201

Sumber: Data Sekunder, 2025

Berdasarkan data rekam medis Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2025, jumlah kunjungan pasien di pada tahun 2025 sebanyak 22.885 kunjungan. Jumlah kunjungan pasien setiap bulan menunjukkan fluktuasi dengan kunjungan terendah terjadi pada bulan Februari sebanyak 1.423 pasien, sementara kunjungan tertinggi tercatat pada bulan Oktober sebanyak 2.419 pasien. Fluktuasi kunjungan pasien berpotensi memengaruhi kesiapan sumber daya dan kelancaran alur pelayanan. Peningkatan jumlah kunjungan secara bertahap terlihat mulai bulan Juni hingga Oktober yang menunjukkan adanya peningkatan kebutuhan pelayanan gawat darurat dalam periode tersebut. Tingginya jumlah kunjungan IGD tersebut berpotensi menyebabkan kepadatan pelayanan terutama pada pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan di

ruang rawat inap. Data menunjukkan bahwa dari total kunjungan IGD pada tahun 2025, sebanyak 13.201 pasien harus menjalani perawatan rawat inap. Kondisi ini mencerminkan tingginya kebutuhan akan ketersediaan tempat tidur rawat inap serta koordinasi yang efektif antara IGD dan unit rawat inap.

Tingginya volume kunjungan di IGD, khususnya pasien yang membutuhkan perawatan rawat inap menuntut pengelolaan alur pelayanan yang efektif. Namun, alur pelayanan yang kurang terkelola dengan baik dapat menjadi hambatan signifikan dalam upaya peningkatan mutu layanan kesehatan. Ketidakefektifan pengelolaan alur di IGD dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah keterlambatan pemindahan pasien ke ruang rawat inap sesuai batas waktu yang telah ditetapkan (Romiko, 2018). Selain itu menurut Eliawati (2020), ketidakefektifan alur IGD yang menyebabkan lamanya *boarding time* berdampak besar terhadap tingkat kepuasan pasien. Lama waktu tunggu pasien untuk memperoleh ruang rawat inap setelah masuk melalui IGD menjadi indikator penting sejauh mana alur pelayanan di IGD berjalan efektif (Eliawati & Permanasari, 2020).

Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki alur pelayanan pasien yang telah disusun secara sistematis untuk memastikan kelancaran proses penanganan dari IGD hingga ke ruang rawat inap. Proses dimulai ketika pasien dinyatakan membutuhkan perawatan lanjutan oleh dokter IGD yang kemudian membuat surat pengantar rawat inap sebagai dasar administrasi. Surat tersebut dibawa ke bagian admisi untuk dilakukan verifikasi dan pengecekan ketersediaan tempat tidur. Apabila tersedia, keluarga pasien akan melakukan registrasi rawat inap dan menandatangani lembar persetujuan tindakan (*informed consent*), dilanjutkan dengan koordinasi antara petugas admisi dan petugas ruangan rawat inap untuk menyiapkan kamar rawat inap. Selanjutnya, petugas IGD menyerahkan berkas pasien dan rekam medis serta mendampingi proses pemindahan pasien ke ruang perawatan. Namun, apabila tempat tidur belum tersedia, pasien akan tetap ditempatkan di IGD hingga ada ruang yang kosong. Alur ini menunjukkan pentingnya koordinasi antarunit, kecepatan komunikasi, serta kesiapan tenaga kesehatan dalam menjamin proses perpindahan pasien berjalan efektif dan efisien.

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pasien di Rumah Sakit Stella Maris tahun 2024-2025 diketahui bahwa sebagian pasien IGD yang diputuskan untuk rawat inap menyampaikan keluhan terkait lamanya waktu tunggu di IGD sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap. Beberapa pasien menyebutkan waktu *boarding* yang dialami mencapai 4-5 jam, bahkan terdapat pasien yang melaporkan harus menunggu sejak pukul 9 malam hingga pukul 4 sore keesokan harinya sebelum mendapatkan kamar perawatan. Selain faktor ketersediaan kamar, pasien juga mengeluhkan lamanya proses administrasi dan registrasi yang harus dilalui untuk memperoleh kamar rawat inap. Kondisi ini menunjukkan adanya potensi permasalahan pada alur pelayanan pasien dari IGD ke ruang rawat inap terutama dalam hal ketersediaan tempat tidur dan koordinasi antarunit terkait proses pemindahan pasien.

Kondisi di IGD sering menjadi tidak teratur akibat lamanya waktu tunggu yang menyebabkan antrean pasien semakin panjang dan menghambat proses pelayanan. Pasien yang membutuhkan rawat inap seringkali harus menunggu hingga tersedia tempat tidur kosong, sehingga kapasitas IGD menjadi terbatas dan sulit menerima pasien baru. Situasi ini berpotensi menimbulkan masalah dalam pelayanan, termasuk keluhan pasien yang berdampak pada tingkat kepuasan pelayanan di rumah sakit (Hasanah & Firdausi, 2019). Kondisi tersebut menegaskan perlunya pengelolaan alur pelayanan yang efektif, terutama dalam pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap untuk meningkatkan mutu layanan dan kepuasan pasien.

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Seppo dkk. (2025) di RS Ibnu Sina Makassar, hasil observasi langsung menunjukkan bahwa *waste transportation* (pemborosan) (8,21%; 10 menit 47 detik) terjadi akibat proses perpindahan pasien yang tidak efisien. Salah satu penyebabnya adalah perawat IGD yang mengantar pasien ke ruang rawat inap tanpa adanya koordinasi yang jelas. Selain itu, keterlambatan juga terjadi karena perawat IGD atau *health care assistant* (HCA) harus menunggu ketersediaan kamar atau sedang mengantar pasien lain. Adapun *bottleneck* (hambatan) yang berkontribusi terhadap keterlambatan *length of stay* (LOS) di IGD antara lain proses menunggu perawat IGD atau HCA untuk mengantar pasien ke ruang rawat inap (9,89%; 11 menit 55 detik). Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa proses perpindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap masih belum efisien dan menjadi salah satu penyebab utama meningkatnya *boarding time* pasien. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada meningkatnya *length of stay* (LOS) di IGD, tetapi juga berkontribusi terhadap terjadinya *overcrowding* yang dapat menurunkan mutu pelayanan serta keselamatan pasien. Namun demikian, penelitian yang secara spesifik menelaah faktor-faktor yang memengaruhi keterlambatan pada aspek *throughput* (proses) dan aspek *output*, terutama proses pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap, masih sangat terbatas dan jarang dilakukan. Berdasarkan fenomena di latar belakang dan mempertimbangkan saran dari penelitian sebelumnya, peneliti merasa perlu untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan lama waktu tunggu (*boarding time*) pasien dari IGD ke ruang rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Kota Makassar.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor apa saja yang berpengaruh terhadap *boarding time* pasien dari IGD ke ruang rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor apa saja yang berpengaruh terhadap *boarding time* pasien dari IGD ke ruang rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui gambaran awal proses pelayanan pasien di IGD RS Stella Maris Makassar
- 2) Menemukan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *boarding time* pasien di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- 3) Menemukan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *boarding time* pasien di IGD setelah diputuskan rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- 4) Mengidentifikasi hambatan dan kendala yang muncul dalam proses transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- 5) Mengetahui bagaimana pengalaman tenaga kesehatan dalam mengelola pasien IGD yang mengalami *boarding time* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini, antara lain:

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit dan pelayanan gawat darurat dengan menambah literatur khususnya mengenai proses pelayanan di IGD yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pasien.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi atau pertimbangan bagi RS Stella Maris dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di IGD, khususnya mengenai pengelolaan waktu tunggu pasien menuju ruang rawat inap.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam mengidentifikasi masalah manajemen pelayanan rumah sakit, serta menjadi salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

1.5. Tinjauan Pustaka

1.5.1. Waktu tunggu (*Boarding time*) di IGD

Waktu tunggu adalah rentang waktu yang dialami pasien sejak proses pendaftaran hingga masuk ke ruang pemeriksaan dokter baik untuk layanan rawat inap maupun rawat jalan. Lamanya waktu tunggu dapat memengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit. Kondisi ini mencerminkan bagaimana rumah sakit mengatur pelayanan khusus bagi pasien. Pelayanan yang berkualitas umumnya ditandai dengan sikap ramah, ketepatan waktu, serta kenyamanan. Jika waktu tunggu terlalu lama, hal ini tidak hanya bisa memperburuk kondisi pasien di IGD, tetapi juga menimbulkan antrean

panjang dan menghambat pasien lain dalam memperoleh perawatan yang dibutuhkan (Dinst *et al*, 2025).

Salah satu bentuk waktu tunggu yang penting untuk diperhatikan di IGD adalah *boarding time*. Istilah ini menggambarkan lamanya waktu yang dibutuhkan pasien sejak dokter memutuskan untuk dirawat inap hingga pasien benar-benar dipindahkan ke ruang rawat inap. Dwisari dan Sari (2024) juga menjelaskan bahwa *boarding time* merupakan rentang waktu antara keputusan rawat inap dengan proses pemindahan pasien ke ruang rawat inap. Waktu tunggu yang terlalu lama pada tahap ini dapat menyebabkan penumpukan pasien di IGD dan menjadi salah satu pemicu terjadinya *overcrowding*, yang berdampak pada penurunan efisiensi dan kualitas pelayanan gawat darurat. Sartini dkk. (2022) memodifikasi model konseptual yang dikembangkan oleh Asplin dkk. (2003), yang mengorganisasikan sistem pelayanan gawat darurat menjadi tiga komponen utama yang saling bergantung, yaitu *input*, *throughput*, dan *output*, serta menambahkan faktor yang tidak dapat diprediksi sebelumnya.

1. Faktor *input* adalah faktor-faktor yang menyebabkan peningkatan penerimaan di UGD seperti lonjakan pasien yang datang ke IGD, pasien dengan tingkat kegawatdaruratan yang parah.
2. Faktor *throughput* berhubungan dengan proses penanganan pasien di IGD. Faktor *Throughput* terjadi akibat proses pemeriksaan yang lambat, proses konsultasi, pemeriksaan dan pengujian diagnostik, serta potensi penundaan dalam pengambilan keputusan medis.
3. Faktor *output* berkaitan dengan disposisi pasien, yaitu tahapan setelah pasien menyelesaikan perawatan di IGD dan menuju unit pelayanan berikutnya, baik rawat inap maupun rawat jalan. Faktor-faktor spesifik yang memengaruhi tahap ini antara lain *access block*, yaitu kondisi ketika pasien tidak dapat memperoleh akses ke sumber daya rumah sakit (misalnya tempat tidur rawat inap) akibat keterbatasan kapasitas, serta *boarding*, yakni praktik menahan pasien di IGD setelah mendapat keputusan rawat inap karena belum tersedianya tempat tidur. Faktor lain yang turut berperan adalah ketersediaan sumber daya staf di luar IGD dan efektivitas koordinasi antarunit dalam proses pemindahan pasien dari IGD ke unit lain di rumah sakit.
4. Faktor yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya, seperti lonjakan pasien akibat penyakit musiman atau pandemi. Kombinasi dari faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan terjadinya *overcrowding* yang berdampak pada keterlambatan pelayanan dan penurunan mutu di IGD.

Menurut Mataloni *et al*, (2019), *overcrowding* di IGD merupakan salah satu faktor utama yang menghambat pemberian pelayanan dan perawatan pasien gawat darurat secara optimal. Kinerja IGD sendiri

sering dinilai berdasarkan indikator *overcrowding*, seperti waktu tunggu pasien, lama kunjungan, serta persentase pasien yang dilayani sesuai dengan target waktu triase. Kondisi *overcrowding* mencerminkan masalah yang kompleks terkait ketidakseimbangan antara permintaan layanan darurat dan ketersediaan sumber daya. *American College of Emergency Physicians* (ACEP, 2019) juga menjelaskan bahwa kondisi *overcrowding* terjadi ketika kebutuhan layanan gawat darurat melebihi kapasitas sumber daya yang tersedia baik di IGD maupun di rumah sakit secara keseluruhan.

Adapun Menurut *Australian College for Emergency Medicine* (ACEM), tanda-tanda terjadinya *overcrowding* di IGD dapat terlihat dari beberapa kondisi seperti:

- a. Kesulitan dalam menurunkan pasien dari ambulans atau layanan gawat darurat masyarakat, serta keterlambatan dalam menempatkan pasien kritis ke ruang perawatan yang sesuai
- b. Pasien mendapatkan penanganan klinis di area yang bukan ruang perawatan sehingga privasi dan akses terhadap fasilitas medis menjadi terbatas atau tertunda
- c. Pasien yang datang menerima standar perawatan yang lebih rendah dibandingkan dengan yang seharusnya mereka dapatkan di unit tujuan, dan
- d. Adanya hambatan dalam proses masuk maupun keluar dari IGD yang dapat berdampak pada keselamatan serta kesehatan kerja petugas.

Dampak *overcrowding* di IGD dapat dibagi menjadi tiga aspek utama, yaitu terhadap pasien, staf, dan sistem rumah sakit (Morley, Unwin, Peterson, Stankovich, & Kinsman, 2018), sebagai berikut:

- a. Dampak bagi pasien
 - a) Terjadi keterlambatan dalam proses penilaian dan pemberian perawatan yang dibutuhkan.
 - b) Meningkatnya risiko kesalahan medis, termasuk kesalahan dalam pemberian obat.
 - c) Menurunnya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan.
 - d) Bertambahnya lama waktu rawat inap dan menurunnya hasil perawatan.
 - e) Peningkatan angka kematian (mortalitas) di rumah sakit.
- b. Dampak bagi staf IGD
 - a) Meningkatnya tingkat stres dan kelelahan kerja.
 - b) Lebih sering terpapar kekerasan atau perilaku agresif dari pasien maupun pengunjung.
 - c) Menurunnya kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) saat kondisi IGD padat.

- c. Dampak bagi sistem rumah sakit
 - a) Terjadi peningkatan lama tinggal pasien di IGD (*Emergency Department Length of Stay/EDLOS*).
 - b) Meningkatnya lama rawat inap pasien di rumah sakit (*In-Patient Length of Stay/IPLOS*).

Dalam praktiknya, *boarding time* berkaitan erat dengan proses transfer pasien. Transfer pasien merupakan kegiatan pemindahan dari satu ruang perawatan ke ruang lainnya, baik di dalam rumah sakit maupun ke rumah sakit lain. Tujuannya adalah menjaga keselamatan dan keamanan pasien selama perpindahan. Proses ini meliputi koordinasi dan komunikasi antarpetugas, persiapan peralatan yang dibutuhkan, pemantauan kondisi pasien selama perjalanan, serta penentuan tenaga kesehatan yang mendampingi (Wahyuni *et al*, 2021). Waktu transfer pasien ke ruang rawat inap didefinisikan sebagai rentang waktu sejak pasien mendapatkan pelayanan di IGD hingga benar-benar dipindahkan ke ruang rawat inap (Akbar *et al*, 2023). Pemindahan pasien baru dapat dilakukan setelah ada konfirmasi ketersediaan ruang dari petugas rawat inap. Meskipun hingga saat ini belum ada standar baku mengenai lamanya waktu transfer di Indonesia, kebijakan yang berlaku menyebutkan bahwa hanya pasien dengan kondisi stabil dan memenuhi kriteria tertentu yang dapat dipindahkan dari IGD ke ruang rawat inap. Penilaian kondisi stabil ini harus mendapat persetujuan dari dokter jaga IGD atau DPJP yang menangani pasien (Seppo *et al*, 2025).

1.5.2. **Faktor Penyebab *Boarding time* Pasien Rawat Inap di IGD**

1. **Faktor *Input***

Faktor *input* berkaitan dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien serta tingkat keparahan kondisi pasien (*acuity*), yang berdampak pada meningkatnya jumlah pasien yang diterima di IGD

- a. *Arrival Mode* (Mode Kedatangan)

Cara kedatangan pasien berpengaruh terhadap lamanya waktu pasien berada di Instalasi Gawat Darurat (*Emergency Department Length of Stay/EDLOS*), yang pada akhirnya berdampak pada terjadinya *boarding time*. Pengaruh tersebut berkaitan dengan tingkat kegawatan kondisi pasien, kecepatan penanganan, serta jenis pelayanan medis yang dibutuhkan. Pasien yang datang dalam kondisi darurat umumnya memperoleh prioritas penanganan, seperti pemeriksaan fisik cepat, pemeriksaan diagnostik, dan pemberian tindakan awal. Namun, proses tersebut sering memerlukan upaya stabilisasi yang lebih kompleks serta pemantauan medis lanjutan, sehingga dapat memperpanjang waktu pasien berada di IGD sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap. Kondisi ini berpotensi meningkatkan *boarding time* apabila ketersediaan tempat tidur rawat inap terbatas. Sebaliknya, pasien yang datang secara

mandiri umumnya memiliki kondisi klinis yang lebih stabil dan keluhan yang relatif ringan, tetapi sering kali tidak termasuk dalam kelompok prioritas penanganan sehingga berisiko mengalami waktu tunggu pelayanan yang lebih lama. Perbedaan karakteristik pasien berdasarkan cara kedatangan tersebut berkontribusi terhadap variasi EDLOS dan *boarding time* di IGD. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian Ilham *et al*, (2021) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tenriawaru Bone menunjukkan bahwa pasien rujukan cenderung memiliki lama waktu tinggal (*length of stay/LOS*) yang lebih panjang dibandingkan pasien yang datang secara mandiri. Hal ini berkaitan dengan tingkat keparahan dan kompleksitas kasus pada pasien rujukan yang umumnya membutuhkan perawatan intensif, prosedur medis lanjutan, serta pemantauan yang lebih lama sebelum dapat dipindahkan ke ruang perawatan.

2. Faktor *Throughput*

Faktor *throughput* mencakup seluruh rangkaian proses pelayanan internal yang berlangsung di IGD. Dalam konteks pelayanan IGD, faktor ini berperan penting terhadap terjadinya *overcrowding* karena berkaitan langsung dengan efektivitas dan kelancaran proses pelayanan yang diterima pasien selama berada di IGD.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Faktor sumber daya manusia (SDM) yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pasien dari IGD menuju ruang rawat inap adalah keterbatasan jumlah perawat yang bertugas pada setiap *shift* di IGD. Kualitas SDM di rumah sakit berperan penting dalam menjamin keberlangsungan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. SDM yang profesional dan terlatih menjadi faktor utama dalam meningkatkan kualitas layanan, terutama di IGD. Peran SDM tidak hanya sebatas sebagai objek pengelolaan, tetapi juga sebagai subjek yang aktif dalam menjalankan pelayanan. Ketepatan waktu dan durasi pelayanan menjadi salah satu ukuran kinerja tenaga kesehatan, misalnya ketika dokter tidak hadir sesuai jadwal yang telah ditentukan (Muslimah *et al*, 2025). Berdasarkan Permenkes No. 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, kualifikasi tenaga gawat darurat di rumah sakit dibedakan menjadi empat level:

1. Dokter umum wajib tersedia *on site* 24 jam di seluruh level.
2. Dokter spesialis
 - a. Level I–II: spesialis dasar (bedah, penyakit dalam, *obgyn*, anak) tersedia *on call*.
 - b. Level III: spesialis dasar tersedia *on site/on call* 24 jam.

- c. Level IV: selain spesialis dasar, juga termasuk anestesi dan dokter
- 3. Dokter subspesialis/konsultan, hanya diwajibkan pada level IV, dengan status *on site* atau *on call*.
- 4. Perawat wajib tersedia *on site* 24 jam pada semua level.
- 5. Tenaga kesehatan lainnya dan tenaga nonkesehatan disediakan sesuai kebutuhan rumah sakit.

Perawat yang bertugas di IGD harus siap siaga selama 24 jam untuk menangani pasien dengan kondisi yang sering kali tidak dapat diprediksi. Sebagian besar pasien yang datang berada dalam keadaan darurat sehingga membutuhkan penanganan medis secara cepat dan tepat. Kondisi ini dapat menyebabkan perawat IGD memiliki beban kerja yang tinggi serta tanggung jawab besar karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien. Hal ini didukung oleh penelitian Asman Harahap dkk. (2022) yang menunjukkan bahwa lamanya waktu kunjungan pasien di IGD RS Imelda Medan lebih dari dua jam untuk mendapatkan perawatan dan pemeriksaan disebabkan oleh keterbatasan jumlah perawat dibandingkan dengan banyaknya pasien. Selain itu, waktu *assesmen* dan konsultasi pasien juga menjadi lebih lama karena dokter jaga di IGD hanya satu orang sehingga tidak sebanding dengan jumlah pasien yang datang.

Penelitian Utami dan Nugraha (2024) di RSUD Otista menunjukkan bahwa kendala tenaga kerja di IGD, khususnya tingginya beban kerja staf berdampak pada kurang optimalnya pelayanan kepada pasien. Kondisi ini menyebabkan keterlambatan dan ketidakjelasan dalam penanganan pasien oleh tenaga medis maupun perawat, sehingga alur pelayanan menjadi terhambat dan memperpanjang waktu tunggu pasien. Hal serupa ditemukan dalam penelitian Sugianto dkk. (2023) di IGD RSUD Banggai Laut yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara beban kerja dan waktu tanggap perawat ($p = 0,000$). Tingginya beban kerja diketahui memengaruhi kecepatan respons perawat dalam menangani pasien gawat darurat, karena kondisi tersebut dapat menimbulkan kelelahan yang berdampak pada menurunnya kemampuan perawat untuk merespons secara cepat dan efektif.

Faktor lain yang turut berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu (*boarding time*) adalah lemahnya koordinasi antarunit di rumah sakit, khususnya pada proses serah terima pasien (*handover*) dari IGD ke ruang rawat inap. Dalam praktik pelayanan keperawatan, komunikasi antartugas saat *handover* sering kali tidak berjalan efektif. Kondisi ini dapat menimbulkan

kesalahpahaman, memakan waktu yang lama, dan pada akhirnya menyebabkan keterlambatan pelayanan kepada pasien (Manurung, 2020). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi (2018), ditemukan bahwa proses komunikasi mengenai ketersediaan kamar rawat inap masih dilakukan melalui telepon dan pembaruan informasi di sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) belum berlangsung secara *real time*, meskipun data dapat *diinput* langsung oleh perawat di ruang rawat inap. Proses pemesanan kamar tersebut memerlukan waktu rata-rata lebih dari 10 menit dengan tambahan waktu tunggu sekitar 6 menit untuk memastikan ketersediaan kamar tujuan rawat inap. Hal ini menunjukkan bahwa tahapan komunikasi dan koordinasi antarunit, terutama pada proses serah terima pasien menjadi salah satu penyebab utama lamanya waktu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.

Faktor Transportasi pasien juga berpengaruh baik antar ruangan maupun menuju kendaraan merupakan keterampilan penting yang harus dikuasai oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat yang menangani pasien dalam kondisi gawat darurat. Proses pemindahan pasien seharusnya dilakukan oleh petugas yang memiliki kompetensi dan pelatihan khusus di bidang transportasi pasien untuk menjamin keselamatan dan kenyamanan pasien. Namun, dalam praktiknya masih sering dijumpai pelaksanaan transportasi pasien yang tidak sepenuhnya sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Padahal, penerapan SOP transportasi pasien sangat penting sebagai pedoman pelaksanaan yang aman serta sebagai dasar hukum bagi tenaga kesehatan apabila terjadi penyimpangan selama proses pemindahan (Kurniawan *et al*, 2017).

Penelitian ini sejalan dengan temuan Seppo dkk. (2025) di RS Ibnu Sina Makassar yang menunjukkan bahwa *waste transportation* terjadi akibat proses pemindahan pasien yang tidak efisien, seperti perawat IGD yang mengantar pasien ke ruang rawat inap tanpa adanya koordinasi yang jelas dengan unit terkait. Meskipun persentase *waste transportation* relatif kecil, yaitu sebesar 8,21%, hal tersebut tetap memberikan kontribusi terhadap inefisiensi pelayanan, terutama pada tahap transfer pasien menuju ruang perawatan. Kondisi serupa juga ditemukan oleh Parulian (2023) di RSUD Kembangan, yang melaporkan bahwa *waste transportation* akibat lemahnya koordinasi antarunit memperpanjang *length of stay* (LOS) pasien. Hasil kedua penelitian tersebut menunjukkan bahwa keterlambatan transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap tidak hanya disebabkan oleh

keterbatasan sarana fisik, tetapi juga karena kurangnya sistem koordinasi dan informasi yang terintegrasi. Oleh karena itu, dibutuhkan sistem informasi real-time yang mampu memantau status ketersediaan tempat tidur untuk mempercepat proses transfer pasien dan meningkatkan efisiensi pelayanan di rumah sakit.

b. Tingkat Kegawatdaruratan / Triase Pasien

Pelayanan kegawatdaruratan adalah bentuk pelayanan medis yang harus diberikan segera kepada pasien dengan kondisi kritis untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah terjadinya kecacatan. IGD berfungsi tidak hanya sebagai tempat penanganan awal pasien dengan kondisi akut tetapi juga sebagai penerima pasien rujukan yang membutuhkan perawatan lanjutan serta dapat merujuk kembali pasien apabila rumah sakit tidak memiliki kemampuan untuk menangani kasus tertentu. Sistem penanggulangan kegawatdaruratan diatur secara menyeluruh, mencakup layanan pra-fasilitas kesehatan, layanan di dalam fasilitas, hingga koordinasi antar-fasilitas. Pada fase pra-fasilitas, layanan lebih difokuskan pada pertolongan pertama dan proses evakuasi medis. Sedangkan pada layanan di rumah sakit, pelayanan kegawatdaruratan dibedakan menjadi empat level, yaitu Level I sampai Level IV (Permenkes RI No. 47 Tahun 2018).

Setiap pasien yang datang ke IGD akan melalui proses triase. Triase merupakan langkah untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatannya sehingga dapat ditentukan prioritas penanganan. Klasifikasi triase umumnya dibagi menjadi empat kategori, yaitu merah untuk kondisi gawat darurat, kuning untuk gawat tetapi tidak darurat, hijau untuk tidak gawat dan tidak darurat, serta hitam untuk pasien yang sudah meninggal (Zahroh *et al*, 2020). Selain itu, *Australasian Triage Scale* (ATS) juga membagi kondisi kegawatan ke dalam lima kategori:

- a) ATS 1 diberikan kepada pasien yang memerlukan resusitasi segera
- b) ATS 2 ditujukan untuk kondisi yang mengancam nyawa dan harus segera ditangani
- c) ATS 3 menggambarkan kasus urgent yang butuh penanganan cepat meski tidak mengancam jiwa
- d) ATS 4 untuk kondisi semi-urgent yang masih dapat ditunda
- e) ATS 5 untuk kondisi yang tidak darurat atau *non-urgent*.

Sejalan dengan hal tersebut, Permenkes RI No. 47 Tahun 2018 juga mengatur pembagian level pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit. Level I berfokus pada tindakan stabilisasi dasar seperti jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Level II mencakup pelayanan yang lebih luas, antara lain

pemeriksaan EKG, defibrilasi, pemberian obat, serta tindakan bedah emergensi. Pada level III tersedia fasilitas lebih lengkap, seperti ventilator, ruang observasi, dan kemampuan rujukan lanjutan. Sedangkan level IV merupakan tingkatan tertinggi yang mencakup seluruh tindakan sebelumnya ditambah dengan fasilitas anestesi emergensi dan observasi intensif di ruang emergensi.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan medis, khususnya di IGD. Pemeriksaan ini meliputi berbagai tindakan diagnostik, seperti pemeriksaan laboratorium dan radiologi, yang digunakan sebagai dasar dalam penegakan diagnosis serta pengambilan keputusan klinis oleh tenaga medis.

a) Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium merupakan salah satu pemeriksaan penunjang yang berperan penting dalam proses pengambilan keputusan medis. Hasil laboratorium sangat dibutuhkan oleh dokter untuk menegakkan diagnosis, memantau kondisi pasien, serta memprediksi perjalanan penyakit. Salah satu indikator mutu pelayanan laboratorium adalah *Turn Around Time* (TAT), yaitu rentang waktu sejak dokter mengajukan permintaan pemeriksaan hingga hasil diterima, dengan standar ideal kurang dari 60 menit di IGD (Novita *et al*, 2023). Berdasarkan Pedoman Penyusunan SPM Rumah Sakit Tahun 2013, standar waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik ditetapkan ≤ 120 menit. Sedangkan, Menurut Kepmenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008, standar waktu tunggu pelayanan laboratorium kimia dan darah rutin adalah ≤ 140 menit (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Selain itu, waktu tunggu juga berlaku untuk pemeriksaan radiologi, yaitu durasi yang dibutuhkan mulai dari pelaksanaan pemeriksaan hingga keluarnya hasil radiologi yang siap digunakan dalam pengambilan keputusan klinis.

Karakteristik pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD berbeda dengan pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pemeriksaan ini memiliki (1). prioritas tinggi karena harus dikerjakan terlebih dahulu dibandingkan pemeriksaan pasien lain. Selain itu, laboratorium di IGD juga berfungsi sebagai (2). alat peran triase, yaitu membantu dokter membedakan tingkat kegawatan pasien untuk menentukan prioritas penanganan. Karakteristik penting lainnya adalah (3). kecepatan proses atau *Turn Around Time* (TAT) yang ditargetkan kurang dari 60

menit sejak pengambilan sampel hingga hasil tersedia. Hasil laboratorium di IGD juga berperan (5). sebagai alat konfirmasi diagnosis secara cepat sehingga sangat memengaruhi proses pengambilan keputusan medis.

Keterlambatan hasil laboratorium berdampak langsung pada *Length of stay* (LOS) pasien di IGD. Semakin lama hasil dikeluarkan, semakin panjang waktu tunggu pasien, yang berisiko meningkatkan angka morbiditas maupun mortalitas. Beberapa faktor yang memengaruhi hal ini antara lain lamanya TAT, banyaknya jumlah pemeriksaan yang diminta serta frekuensi pengambilan spesimen. Apabila pemeriksaan terlalu banyak atau pengambilan sampel dilakukan berulang, maka waktu pelayanan akan semakin panjang.

Untuk menekan risiko tersebut diperlukan strategi efisiensi, misalnya dengan penggunaan spesimen tunggal yang dapat dipakai untuk beberapa jenis pemeriksaan. Selain itu, adanya panduan pemeriksaan laboratorium di IGD yang memuat daftar sindrom klinis dan jenis pemeriksaan wajib sangat membantu dokter dalam menentukan pemeriksaan yang cepat, tepat, dan sesuai kebutuhan pasien. Dengan strategi ini, pelayanan di IGD dapat berlangsung lebih efektif serta mendukung percepatan pengambilan keputusan medis (Magfiroh, 2019).

b) Radiologi

Pemeriksaan radiologi mencakup berbagai jenis layanan yang memiliki alur dan prosedur yang berbeda disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan pemeriksaan yang dilakukan.

a. Pemeriksaan konvensional

Pemeriksaan konvensional adalah jenis pemeriksaan radiologi yang memanfaatkan sinar X untuk menghasilkan gambaran dua dimensi. Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai berbagai bagian tubuh, seperti saluran pencernaan, saluran kemih dan organ reproduksi, sistem saraf pusat, sistem pernapasan, rongga abdomen, gigi, mata, hidung, telinga, serta sistem gerak dan persendian.

b. CT Scan

Pemeriksaan CT *Scan* merupakan pemeriksaan radiologi yang menggunakan alat CT *Scan* untuk menilai jaringan lunak, sistem muskuloskeletal, serta pembuluh darah, termasuk pembuluh darah jantung (koroner). Pemeriksaan ini memanfaatkan sinar X dengan prinsip tomografi, yaitu pengambilan gambar irisan tubuh menggunakan satu atau dua tabung sinar X secara bersamaan. Seluruh proses pengambilan dan pengolahan

gambar dilakukan dengan bantuan sistem komputer sehingga menghasilkan gambaran tiga dimensi organ tubuh, baik jaringan lunak maupun tulang.

c. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan MRI merupakan pemeriksaan radiologi yang digunakan untuk menampilkan gambaran berbagai jaringan tubuh. Pemeriksaan ini menggunakan gelombang elektromagnetik dan tidak melibatkan paparan radiasi.

d. USG (ultrasonografi)

Pemeriksaan USG memanfaatkan gelombang ultrasonik untuk menghasilkan gambaran berbagai organ tubuh, terutama organ di rongga perut seperti hati, kandung empedu, limpa, ginjal, pankreas, dan kandung kemih. Selain itu, USG juga digunakan untuk menilai sistem reproduksi, leher, paru-paru, payudara, serta kepala janin. Sementara itu, USG Doppler digunakan secara khusus untuk melihat kondisi aliran dan struktur pembuluh darah, baik arteri maupun vena.

e. Mammografi

Pemeriksaan mammografi adalah pemeriksaan radiologi yang menggunakan sinar X dengan dosis rendah untuk menghasilkan gambaran jaringan payudara.

f. *Digital Substraction Angiography*

Pemeriksaan *Digital Substraction Angiography* merupakan pemeriksaan radiologi yang menggunakan sinar X untuk menampilkan gambaran pembuluh darah. Proses pemeriksaan dilakukan dengan menyuntikkan media kontras ke dalam vena atau arteri. Selanjutnya, digunakan metode subtraksi sehingga gambaran yang dihasilkan hanya menunjukkan pembuluh darah tanpa disertai bayangan jaringan lunak maupun tulang.

Standar pelayanan radiologi di rumah sakit telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM). Beberapa ketentuan yang ditetapkan meliputi waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thoraks dengan batas maksimal ≤ 3 jam, kewajiban pelaksanaan ekspertise oleh dokter spesialis radiologi, angka kegagalan pelayanan rontgen akibat kerusakan foto maksimal $\leq 2\%$, serta tingkat kepuasan pelanggan yang ditargetkan minimal 80%. Sejalan dengan regulasi, penelitian oleh Novita *et al*, (2023) menunjukkan bahwa waktu tunggu hasil radiologi berkontribusi terhadap waktu tunggu di IGD. Hasil ini memperlihatkan bahwa semakin lama waktu yang dibutuhkan dalam proses pemeriksaan

radiologi, maka semakin panjang pula waktu pelayanan pasien di IGD. Dengan demikian, kecepatan penyelesaian hasil radiologi menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung efisiensi pelayanan kegawatdaruratan.

d. Konsultasi Dokter Spesialis

Konsultasi dengan dokter spesialis merupakan bagian penting dalam pengambilan keputusan akhir terkait penempatan pasien di ruang rawat inap. Keterlambatan respons dokter spesialis setelah keputusan rawat inap dapat memperpanjang waktu tunggu pasien di IGD. Faktor seperti keterbatasan jumlah dokter spesialis, jadwal praktik di beberapa rumah sakit, serta keterlibatan dokter dalam tindakan medis lain dapat memengaruhi lamanya waktu konsultasi dan berdampak pada *boarding time* (Safira, 2025). Konsultasi dengan dokter spesialis sering kali menjadi bagian penting dalam pelayanan pasien di IGD, terutama pada kasus yang memerlukan penanganan lanjutan. Namun, lamanya waktu tunggu untuk memperoleh konsultasi lanjutan dapat berdampak pada tertundanya proses penegakan diagnosis dan penyusunan rencana perawatan pasien. Kondisi ini menyebabkan pasien harus menunggu lebih lama di IGD hingga hasil evaluasi dan rekomendasi dari dokter spesialis tersedia, sehingga berkontribusi terhadap meningkatnya durasi kunjungan pasien di IGD. Pengukuran waktu konsultasi dilakukan dengan menghitung interval waktu sejak dokter IGD melakukan konsultasi awal hingga ditetapkannya keputusan disposisi pasien, sebagaimana dijelaskan dalam pedoman Kementerian Kesehatan RI (2018). Keterlambatan dalam proses konsultasi tersebut diketahui berpengaruh terhadap masa tunggu pasien di IGD. Temuan ini didukung oleh penelitian Tamasoleng *et al*, (2023) bahwa durasi konsultasi dengan dokter spesialis menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap lamanya EDLOS. Keterlambatan ini umumnya terjadi karena dokter spesialis, khususnya dokter bedah, tidak selalu tersedia karena sedang menjalankan tindakan operasi.

e. *Lack of Continuity Care*

Lack of Continuity Care merupakan kondisi ketika perawatan pasien tidak berjalan secara berkesinambungan dari satu tahap pelayanan ke tahap berikutnya. *Lack of continuity of care* dapat terjadi akibat belum optimalnya koordinasi dan komunikasi antar unit pelayanan sehingga alur pelayanan pasien menjadi terhambat. Komunikasi yang efektif merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Arifah *et al*, 2022). Salah satu faktor yang dapat meningkatkan EDLOS adalah kurangnya

kontinuitas perawatan pasien. Kondisi ini terjadi ketika koordinasi dan komunikasi antar tenaga kesehatan, seperti dokter IGD, dokter spesialis, dan perawat, tidak berjalan dengan baik. Serah terima informasi antar *shift* yang kurang terstruktur dapat menimbulkan perbedaan pemahaman dalam pengambilan keputusan medis, sehingga proses pelayanan pasien menjadi lebih lambat. Selain itu, keterbatasan koordinasi antar unit di rumah sakit juga dapat menghambat alur perawatan, misalnya keterlambatan pemindahan pasien ke ruang rawat inap atau penentuan keputusan pulang. Hambatan-hambatan tersebut menyebabkan proses perawatan membutuhkan waktu lebih lama, sehingga berdampak pada meningkatnya EDLOS.

3. Faktor Output

Menurut model *Input–Throughput–Output* (ITO) yang dijelaskan oleh Asplin et al. (2003), faktor *output* menggambarkan tahap akhir dari proses pelayanan pasien di IGD setelah tindakan medis selesai dilakukan. Tahap ini mencakup proses pemindahan pasien dari IGD menuju ruang rawat inap, ruang operasi, atau pulang ke rumah. Menurut Tetty dan Theofirida Bone (2020), faktor seperti proses administrasi pendaftaran, ketersediaan sumber daya manusia, serta sarana dan prasarana memiliki hubungan dengan lamanya waktu tunggu pasien. Selain itu, setiap organisasi memerlukan tenaga kerja atau sumber daya manusia yang kompeten agar tujuan pelayanan dapat tercapai secara efektif (Umiyati *et al*, 2022).

a. Ketersediaan Tempat Tidur

Unit Rawat Inap merupakan salah satu bagian pelayanan rumah sakit yang memiliki peran penting dalam menentukan mutu dan kinerja keseluruhan rumah sakit. Sebagai bagian utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Unit Rawat Inap menjadi indikator sejauh mana rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien. Dalam pengelolaannya salah satu aspek penting yang perlu diperhatikan adalah pengelolaan tempat tidur pasien, karena ketersediaan dan pemanfaatan tempat tidur sangat memengaruhi efektivitas serta efisiensi pelayanan rawat inap. Pengelolaan tempat tidur yang baik memungkinkan rumah sakit menyeimbangkan antara kebutuhan pasien dengan kapasitas pelayanan yang tersedia. Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai tingkat pemanfaatan tempat tidur adalah *Bed Occupancy Rate* (BOR), yaitu persentase pemakaian tempat tidur terhadap jumlah tempat tidur yang tersedia dalam periode tertentu. Nilai BOR yang tinggi menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang optimal dan berdampak pada peningkatan pendapatan rumah sakit. Berdasarkan standar Departemen Kesehatan, nilai BOR yang

ideal berkisar antara 60-85%, di mana persentase tersebut mencerminkan penggunaan tempat tidur yang efisien tanpa mengganggu kesiapan rumah sakit dalam menerima pasien baru (Duri *et al*, 2020).

Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan indikator yang menggambarkan persentase pemanfaatan tempat tidur di unit rawat inap dalam periode waktu tertentu. BOR digunakan untuk menilai sejauh mana kapasitas tempat tidur rumah sakit dimanfaatkan secara optimal. Secara ideal, nilai BOR yang efisien berada pada kisaran 60–85% (Departemen Kesehatan RI, 2005). Nilai BOR yang rendah mengindikasikan bahwa kapasitas tempat tidur belum dimanfaatkan secara maksimal, sehingga jumlah pasien yang dapat dilayani lebih sedikit dan dapat berpengaruh terhadap pendapatan rumah sakit. Sebaliknya, BOR yang terlalu tinggi menunjukkan tingkat keterisian tempat tidur yang berlebihan, yang dapat meningkatkan beban kerja tenaga kesehatan serta menurunkan kualitas pelayanan akibat keterbatasan waktu dan sumber daya yang tersedia (Sangkot *et al*, 2024).

Rumus Menghitung BOR :

$$\text{BOR} = \frac{\text{hari perawatan} \times 100}{\text{jumlah TT} \times \text{Jumlah hari}}$$

Keterangan

Hari Perawatan = Jumlah total hari pasien dirawat di rumah sakit selama periode tertentu.

Jumlah Tempat Tidur (TT) = Kapasitas tempat tidur yang tersedia di ruang rawat inap.

Jumlah hari = Lama waktu pengamatan (misalnya 30 hari dalam sebulan)

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Valentina (2019) di RSUD Dr. Pirngadi Medan yang menunjukkan nilai BOR rendah sebesar 37,50% pada tahun 2018. Kondisi tersebut terjadi karena jumlah tempat tidur yang dimanfaatkan pasien lebih sedikit dibandingkan kapasitas yang tersedia. Rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur dapat berdampak pada penurunan pendapatan rumah sakit serta mengindikasikan kurang optimalnya penggunaan sumber daya yang ada. Namun, hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustini dan Pujilestari (2024) di unit rawat inap Gedung A RSUD Cililin, yang menunjukkan nilai BOR sangat tinggi yaitu 106,9% pada Oktober, 98,0% pada November, dan 107,5% pada Desember. Nilai BOR yang melebihi standar ideal tersebut mencerminkan tingginya

tingkat hunian tempat tidur yang justru dapat menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien, seperti meningkatnya kemungkinan infeksi nosokomial dan penurunan nilai indikator TOI.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, jumlah tempat tidur menjadi salah satu komponen utama dalam menentukan kelas rumah sakit umum :

1. Rumah Sakit Umum Kelas A merupakan rumah sakit dengan kapasitas terbesar, yang harus menyediakan sekurang-kurangnya 250 tempat tidur untuk mendukung pelayanan spesialistik dan subspesialistik secara menyeluruh.
2. Rumah Sakit Umum Kelas B wajib memiliki paling sedikit 200 tempat tidur, dengan kemampuan pelayanan spesialistik yang cukup luas dan dukungan fasilitas yang lebih lengkap dibanding kelas di bawahnya.
3. Rumah Sakit Umum Kelas C memiliki kapasitas menengah dengan minimal 100 tempat tidur, dan berfungsi sebagai rumah sakit rujukan tingkat kabupaten/kota.
4. Rumah Sakit Umum Kelas D memiliki kapasitas lebih kecil dengan paling sedikit 50 tempat tidur, umumnya berperan sebagai fasilitas pelayanan dasar atau rujukan awal bagi masyarakat di wilayah tertentu.

Turn Over Interval (TOI) juga merupakan salah satu indikator penting yang berpengaruh terhadap ketersediaan tempat tidur di ruang rawat inap. *Turn Over Interval* (TOI) merupakan indikator yang digunakan untuk mengetahui rata-rata lamanya tempat tidur tidak terisi dalam periode tertentu, yaitu sejak pasien keluar atau meninggal hingga tempat tidur tersebut kembali ditempati oleh pasien berikutnya. Nilai TOI mencerminkan tingkat efisiensi pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit (Rosita *et al*, 2019). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rinjani dan Triyanti (2016) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta yang menunjukkan bahwa tingginya nilai TOI dapat disebabkan oleh jumlah kunjungan pasien yang tinggi namun tidak sebanding dengan jumlah tempat tidur yang tersedia. Semakin besar nilai TOI, maka semakin lama tempat tidur dibiarkan kosong dan tidak produktif, sedangkan semakin kecil nilai TOI menunjukkan bahwa perputaran penggunaan tempat tidur berlangsung cepat, sehingga efisiensi pelayanan rawat inap meningkat.

Rumus Menghitung TOI :

$$TOI = \frac{(jumlah\ TT \times jumlah\ Hari) - hari\ perawatan}{jumlah\ pasien\ keluar}$$

Keterangan :

Jumlah TT = Total tempat tidur di unit/rawat inap yang diukur.

Jumlah Hari = Periode pengamatan (misal 30 hari).

Hari Perawatan = Total hari pasien dirawat selama periode tertentu

Jumlah Pasien Keluar = Jumlah pasien yang keluar (baik karena pulang, pindah, atau meninggal) selama periode itu.

b. Pengurusan Administrasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2009) yang mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit tahun 2008, pendaftaran pasien di IGD dilakukan di ruang pendaftaran khusus yang berada di dalam IGD. Petugas pendaftaran berasal dari Unit Rekam Medis dan bertugas selama 24 jam dengan pembagian tiga *shift*, yaitu pagi, sore, dan malam. Sistem penomoran rekam medis di IGD menggunakan penomoran sentral dari Unit Rekam Medis Rumah Sakit. Setiap pasien IGD memperoleh kartu khusus sesuai dengan kebutuhan data yang akan dicatat dan dilaporkan. Standar waktu pelayanan administrasi di IGD ditetapkan selama 15 menit untuk pasien rawat inap dan 10 menit untuk pasien rawat jalan. Namun, ketidaklengkapan administrasi pasien sering menjadi hambatan yang dapat memperpanjang waktu tunggu, karena pasien tidak dapat dipindahkan ke ruang rawat inap maupun dipulangkan apabila dokumen administrasi belum sepenuhnya selesai (Sari *et al*, 2020)

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan keterlambatan pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap adalah proses administrasi. Sistem administrasi yang tidak berjalan dengan baik dapat menghambat kelancaran pelayanan mulai dari pendaftaran pasien, pengelolaan data, hingga penyelesaian klaim. Dalam praktiknya, sering terjadi kendala seperti keterlambatan proses administrasi, kurangnya koordinasi antarbagian, serta mutu pelayanan yang belum optimal. Proses administrasi mencakup kegiatan pencatatan, verifikasi, dan penyelesaian dokumen sebelum pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat inap. Keterlambatan ini umumnya disebabkan oleh ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan berkas administrasi, baik terkait kepesertaan maupun pelayanan. Hambatan yang sering dijumpai antara lain belum lengkapnya Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat perintah rawat inap, resume medis, hasil pemeriksaan

penunjang, laporan operasi, atau berkas billing. Menurut Gulo dkk. (2025), kendala tersebut mengakibatkan proses verifikasi dokumen memakan waktu lebih lama sehingga memperlambat perpindahan pasien ke ruang rawat inap.

Penelitian yang dilakukan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Tangerang Tahun 2024 menunjukkan bahwa penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) memiliki peran penting dalam mendukung kelancaran proses administrasi dan pemindahan pasien. Rumah sakit telah menetapkan SOP yang mengatur tahapan pelayanan administrasi di setiap unit, mulai dari verifikasi berkas pasien, *penginputan* data ke dalam sistem informasi rumah sakit, hingga pemberian informasi mengenai *informed consent*. Selain itu, koordinasi antarunit juga dilakukan untuk memastikan proses pelayanan berjalan lancar dan terintegrasi. Dari sisi teknologi, penerapan *Hospital Information System* turut membantu mempercepat proses verifikasi dan pendaftaran pasien secara elektronik, sehingga dapat mengurangi potensi keterlambatan dalam proses pemindahan dari IGD ke ruang rawat inap (Gulo *et al*, 2025).

1.5.3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018, Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit pelayanan penting di rumah sakit yang berfungsi memberikan penanganan awal bagi pasien. IGD menerima pasien yang datang langsung ke rumah sakit maupun pasien rujukan dari fasilitas kesehatan lainnya yang mengalami sakit atau cedera yang berpotensi mengancam nyawa. Kondisi gawat darurat diartikan sebagai keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera dengan tujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien serta mencegah terjadinya kecacatan. Dengan demikian, IGD memiliki peran utama dalam menerima pasien, melakukan stabilisasi kondisi, serta mengatur penanganan lanjutan baik pada situasi normal sehari-hari maupun pada kondisi bencana (Permenkes, 2018).

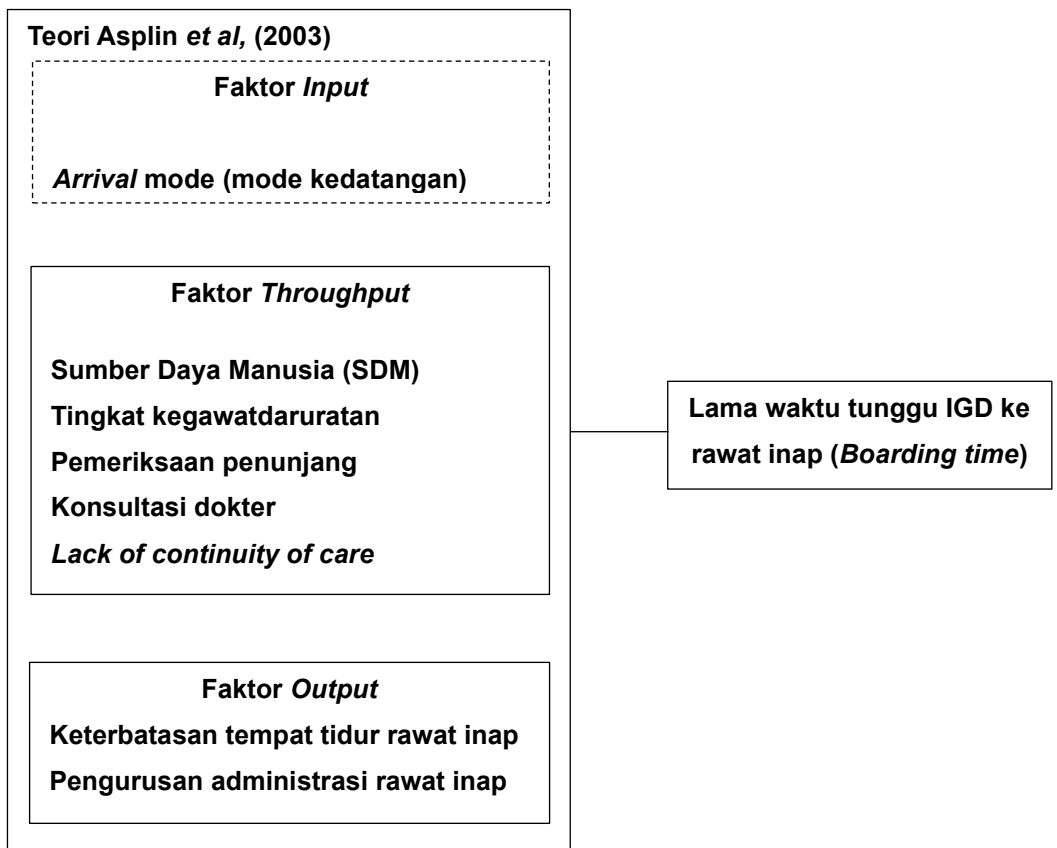
Secara umum, kegiatan di IGD rumah sakit mencakup beberapa tanggung jawab penting yang berkaitan dengan pelayanan medis darurat. IGD berperan dalam menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut untuk menyelamatkan nyawa pasien serta mencegah terjadinya kecacatan. Selain itu, IGD juga memiliki fungsi menerima pasien rujukan yang membutuhkan penanganan lanjutan atau definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lain. Apabila rumah sakit tidak mampu melakukan layanan lanjutan atau definitif, maka IGD bertanggung jawab untuk merujuk pasien ke rumah sakit lain yang lebih lengkap. Dengan demikian, IGD berfungsi sebagai unit yang tidak hanya memberikan

pertolongan pertama, tetapi juga memastikan kesinambungan pelayanan bagi pasien dalam kondisi gawat darurat (Permenkes, 2018).

IGD wajib dikelola secara terintegrasi dengan unit atau instalasi lain di rumah sakit sehingga pelayanan dapat berjalan secara optimal. Adapun kriteria umum yang harus dipenuhi oleh IGD di rumah sakit telah dijelaskan dalam Permenkes No.47 tahun 2018. Beberapa kriteria tersebut antara lain: (1) Kepala IGD rumah sakit dijabat oleh seorang dokter atau dokter gigi sesuai dengan kategori penanganan. (2) Dokter atau dokter gigi penanggung jawab pelayanan kegawatdaruratan ditunjuk oleh kepala atau direktur rumah sakit. (3) Perawat bertugas sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di IGD. (4) Seluruh tenaga kesehatan maupun non-kesehatan yang bekerja di IGD diwajibkan memiliki kemampuan dasar pertolongan hidup (*Basic Life Support*). (5) IGD harus memiliki program penanggulangan pasien massal maupun bencana (*Disaster Plan*), baik yang terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit. (6) Jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga yang bekerja di IGD disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan agar mutu pelayanan tetap terjaga (Permenkes, 2018).

Alur pelayanan di IGD berlangsung mulai dari kedatangan pasien, baik datang mandiri maupun dengan rujukan, kemudian diarahkan ke ruang triase untuk ditentukan tingkat kegawatan menggunakan sistem triase seperti *Australasian Triage Scale* (ATS). Selanjutnya pasien ditempatkan di bed sesuai hasil triase, kemudian dilakukan evaluasi medis serta pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Setelah itu pasien akan mendapatkan tindakan medis sesuai kebutuhan di IGD, termasuk konsultasi dengan dokter penanggung jawab. Tahap berikutnya adalah penentuan tindak lanjut, yaitu apakah pasien dipindahkan ke ruang rawat inap (bedah atau non-bedah), diperbolehkan pulang, atau dirujuk ke rumah sakit lain dengan fasilitas lebih lengkap (Wahab *et al*, 2021).

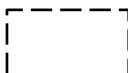
1.6. Kerangka Teori



Keterangan:



: Variabel diteliti

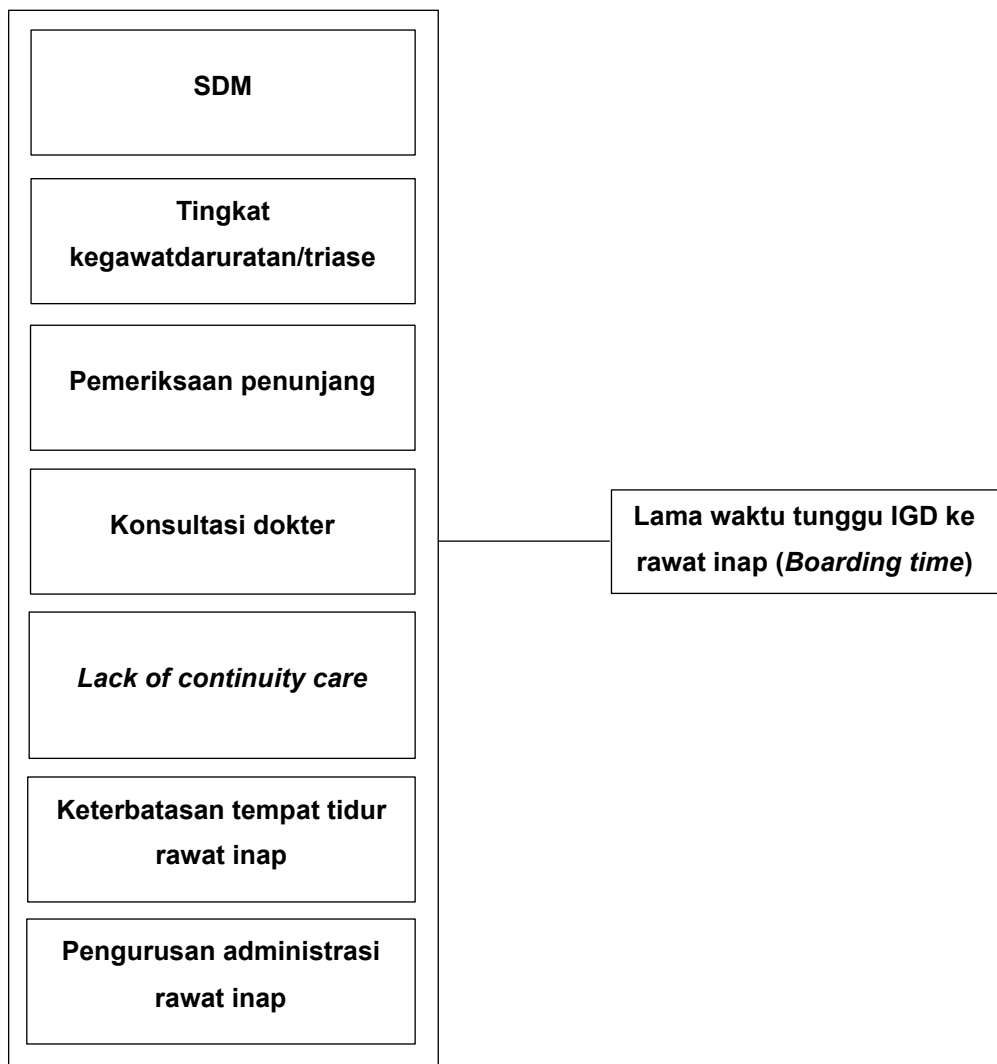


: Variabel yang tidak diteliti

———— : Arah yang menunjukkan berkontribusi terhadap

Gambar 1. 1 Kerangka Teori

1.7. Kerangka Konseptual



Gambar 1. 2 Kerangka Konseptual

1.8. Definisi Konseptual

Tabel 1. 2 Definisi Konseptual

No	Variabel	Definisi Konseptual	Indikator	Cara Ukur	Alat Ukur
1.	<i>Boarding time</i>	Waktu tunggu yang diperlukan sejak pasien dinyatakan rawat inap sampai dengan pasien dipindahkan ke ruangan perawatan di RS Stella Maris.	Waktu tunggu pasien IGD ke ruang rawat inap berdasarkan Indikator mutu RS Stella Maris yaitu ≤ 2 jam.	Melihat perbedaan waktu antara jam keputusan rawat inap dan jam pasien dipindahkan ke ruang rawat inap pada dokumen transfer pasien	Format Telaah Dokumen <i>Form</i> Transfer
2.	Proses pelayanan pasien IGD	Serangkaian aktivitas pasien dimulai dari pasien masuk IGD hingga pasien dipindahkan ke ruang rawat inap.	1) Tahapan pelayanan pasien sejak kedatangan di IGD 2) Proses administrasi pasien IGD 3) Proses observasi dan persiapan untuk rawat inap	Observasi	Lembar Observasi
3.	Sumber Daya Manusia (SDM)	Tenaga Kesehatan di IGD yang mengelola proses pelayanan di IGD	1) Kecepatan tenaga kesehatan di IGD dalam melakukan pelayanan 2) Jumlah tenaga kesehatan di IGD	Wawancara	Pedoman wawancara
3.	<i>Aasesmen</i> pasien	Proses pengkajian data pasien, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pencatatan hasil asesmen oleh perawat dan/atau dokter.	1) Waktu pelaksanaan triase sesuai tingkat kegawatdaruratan 2) Kecepatan konsultasi dokter spesialis / DPJP	Wawancara	Pedoman wawancara
4.	Pemeriksaan penunjang	Pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk menunjang	Waktu tunggu hasil pemeriksaan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara

		dan menegakkan diagnosis secara lebih akurat, meliputi pemeriksaan laboratorium dan radiologi.			
5.	Koordinasi antarunit	Proses pertukaran informasi antara perawat IGD, perawat ruang rawat inap dan petugas admisi dalam melakukan koordinasi pemindahan pasien sejak penetapan diputuskan rawat inap.	Koordinasi antara IGD dan ruang rawat inap	Wawancara	Pedoman wawancara
6.	Pendaftaran rawat inap	Serangkaian kegiatan administrasi rumah sakit untuk mencatat, memverifikasi, dan mengelola data pasien yang akan menjalani perawatan lanjutan di ruang rawat inap.	Kecepatan proses administrasi rawat inap	Wawancara	Pedoman wawancara
7.	Transfer pasien	Proses pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap yang dimulai sejak adanya instruksi pemindahan setelah ketersediaan kamar dan kelengkapan berkas dinyatakan terpenuhi, hingga pasien tiba di ruang rawat inap.	Ketersediaan tempat tidur di ruang rawat inap	Wawancara	Pedoman wawancara

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain deskriptif dan pendekatan fenomenologi, yang bertujuan untuk menggambarkan dan memahami secara mendalam mengenai fenomena pelayanan yang terjadi di IGD, khususnya terkait dengan lamanya waktu tunggu transfer pasien (*boarding time*) dari IGD ke ruang rawat inap. Dalam penelitian ini, metode kualitatif digunakan untuk mendapatkan gambaran yang utuh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi lama waktu *boarding* pasien dari IGD ke ruang rawat inap. Pendekatan ini sejalan dengan pandangan Sugiyono (2023) yang menyatakan bahwa penelitian kualitatif lebih menekankan pada proses dibandingkan dengan hasil akhir.

2.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di IGD dan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris yang berlokasi di Jl. Somba Opu No. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Pengambilan data pra penelitian sudah dilakukan sejak September-November 2025. Adapun pengambilan data penelitian telah dilakukan pada bulan Februari 2026-Maret 2026.

2.3. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan tiga teknik pengumpulan data guna memperoleh data yang akurat. Adapun teknik pengumpulan data tersebut yaitu observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen.

a) Observasi

Observasi merupakan metode yang dilakukan untuk mengamati alur dan proses transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap di RS Stella Maris Makassar. Observasi ini difokuskan pada tahapan pelayanan sejak adanya keputusan rawat inap oleh DPJP hingga pasien dipindahkan ke ruang rawat inap. Observasi dalam penelitian ini dilaksanakan sebagai tahap awal untuk memperoleh gambaran langsung mengenai alur pelayanan serta mengidentifikasi potensi keterlambatan dalam proses transfer pasien. Subjek observasi adalah pasien yang datang ke IGD RS Stella Maris pada periode penelitian yaitu Februari 2026 dan selanjutnya menjalani perawatan di ruang rawat inap RS Stella Maris. Seluruh pasien yang diamati merupakan pasien kategori umum, asuransi, dan BPJS.

b) Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam digunakan untuk menggali secara komprehensif faktor-faktor yang berkontribusi terhadap lamanya waktu *boarding* pasien di IGD, khususnya pada proses transfer pasien ke ruang rawat inap di RS Stella Maris Makassar. Wawancara dilakukan dengan teknik semi terstruktur, menggunakan pedoman wawancara yang disusun sesuai dengan tujuan penelitian. Teknik ini memberikan

fleksibilitas kepada peneliti untuk mengeksplorasi jawaban informan secara lebih mendalam terkait pengalaman, pandangan, serta hambatan yang dihadapi dalam proses transfer pasien. Wawancara dilakukan hingga mencapai kejenuhan data (*data saturation*), sehingga informasi yang diperoleh telah mencukupi untuk menggambarkan faktor-faktor yang memengaruhi lamanya waktu *boarding* pasien.

c) Telaah Dokumen

Telaah dokumen dilakukan untuk memperoleh data sekunder yang mendukung hasil wawancara mendalam serta melengkapi informasi terkait waktu transfer pasien. Dokumen yang ditelaah meliputi data rekam medis pasien IGD yang mencatat waktu proses pelayanan, khususnya waktu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap. Data ini digunakan sebagai sumber utama dalam mengidentifikasi lama waktu *boarding* pasien secara lebih akurat dan *real time*.

2.4. Penentuan Informan

Informan dalam penelitian ini adalah individu yang dipilih untuk memberikan informasi terkait situasi, alur, dan kondisi yang berhubungan dengan fenomena lamanya waktu *boarding* pasien di IGD. Informan dalam penelitian ini dipilih secara purposive, yaitu pihak-pihak yang terlibat langsung dan memiliki kewenangan dalam proses pengambilan keputusan terkait alur pelayanan dan transfer pasien IGD ke ruang rawat inap di RS Stella Maris (Pratiwi, 2018). Kriteria pemilihan informan meliputi keterlibatan langsung dalam proses pelayanan dalam proses transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap di RS Stella Maris Makassar. Adapun informan yang terlibat dalam penelitian ini meliputi:

1. Informan Kunci

Informan kunci (*key informan*) pihak yang memiliki peran penting, pengetahuan yang luas, serta keterbukaan dalam membantu peneliti untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai objek penelitian (Sugiyono, 2023).

- 1) Kepala IGD, pihak yang bertanggung jawab atas pengelolaan dan koordinasi pelayanan di IGD sebanyak 1 orang.
- 2) Kepala Ruangan IGD, pihak yang bertanggung jawab dalam pengawasan operasional harian, pengaturan tenaga keperawatan, dan memastikan pelayanan sesuai SOP di IGD, sebanyak 1 orang.
- 3) Kepala Ruangan Rawat Inap, berperan dalam pengelolaan dan pengaturan ketersediaan layanan rawat inap sebanyak 1 orang.

2. Informan Utama

Informan utama merupakan pihak yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sehingga memiliki pengetahuan, pengalaman dan informasi secara detail

- 1) Dokter IGD Rumah Sakit Stella Maris, sebagai tenaga medis yang berperan dalam pengambilan keputusan klinis terkait

penatalaksanaan pasien serta penetapan indikasi rawat inap sebanyak 2 orang.

- 2) Perawat IGD Rumah Sakit Stella Maris, sebagai tenaga kesehatan yang terlibat secara langsung dalam pelayanan pasien di IGD, terdiri dari perawat pada *shift* pagi, sore, dan malam sebanyak 3 orang.
- 3) Perawat Rawat Inap Umum Rumah Sakit Stella Maris, sebagai tenaga kesehatan yang berperan dalam proses penerimaan serta perawatan pasien yang dipindahkan dari IGD ke ruang rawat inap, terdiri dari perawat *shift* pagi, sore, dan malam sebanyak 3 orang.

3. Informan Pendukung

Informan pendukung merupakan pihak yang berperan sebagai pemberi informasi tambahan untuk melengkapi dan memperkuat data yang diperoleh dari informan kunci dan informan utama. Dalam penelitian ini, informan pendukung yaitu petugas admisi rawat inap sebagai pihak yang tidak terlibat secara langsung dalam pelayanan, namun berperan dalam mendukung serta mengoordinasikan pelaksanaan pelayanan secara manajerial. Informan pendukung sebanyak 3 orang, sebanyak 1 kepala admisi rawat inap dan 2 petugas admisi rawat inap.

2.5. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas lembar observasi, pedoman wawancara, dan format telaah dokumen. Instrumen penelitian disusun oleh peneliti berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian, serta mengacu pada penelitian terdahulu yang relevan dengan topik *boarding time* pasien di IGD, dengan tetap disesuaikan dengan konteks dan fokus penelitian. Lembar observasi digunakan untuk memperoleh gambaran awal proses pelayanan di IGD, sedangkan format telaah dokumen difokuskan untuk mengidentifikasi waktu *boarding* pasien sejak diputuskan rawat inap hingga dipindahkan ke ruang rawat inap. Pedoman wawancara disusun dalam bentuk semi terstruktur, dengan pertanyaan yang dikembangkan secara sistematis dan disesuaikan berdasarkan peran serta kewenangan informan, yaitu informan kunci, informan utama, dan informan pendukung sehingga mampu menggali informasi secara mendalam sesuai dengan perspektif masing-masing informan.

2.6. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder yang dilakukan secara bertahap melalui observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen. Data primer diperoleh melalui observasi dan wawancara mendalam. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen sebagai bentuk triangulasi untuk memperkuat hasil penelitian. Telaah dokumen dilakukan terhadap *form transfer* pasien IGD yang memerlukan perawatan lanjutan di ruang rawat inap. Data yang dikaji

meliputi waktu keputusan rawat inap dan waktu transfer pasien ke ruang rawat inap. Adapun kriteria dokumen rekam medis pasien sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

1. Dokumen rekam medis pasien yang berasal dari IGD dan diputuskan untuk menjalani rawat inap.
2. Dokumen pasien pada periode penelitian
3. Dokumen yang memiliki pencatatan triase yang lengkap.
4. Dokumen yang memiliki data waktu yang lengkap dan jelas, meliputi waktu keputusan rawat inap dan waktu perpindahan pasien ke ruang rawat inap.
5. Dokumen pasien dengan kategori pembiayaan umum, asuransi, maupun BPJS.
6. Dokumen yang dapat terbaca dengan jelas dan terdokumentasi dengan baik.

b. Kriteria Eksklusi

1. Dokumen pasien IGD yang tidak melanjutkan perawatan ke rawat inap (misalnya pulang, rujuk, atau meninggal di IGD).
2. Dokumen pasien di luar periode penelitian
3. Dokumen yang tidak memiliki pencatatan triase.
4. Dokumen dengan data waktu yang tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak konsisten.
5. Dokumen yang tidak terbaca, rusak, atau tidak terdokumentasi dengan baik.

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi tersebut, dari total data pasien yang tersedia, diperoleh sebanyak 92 dokumen *form transfer* pasien yang memenuhi syarat untuk dianalisis dalam penelitian ini.

2.7. Analisis Data

- a. Analisis data waktu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap dilakukan dengan membandingkan rata-rata durasi waktu transfer yang diperoleh dari hasil telaah dokumen *form transfer* pasien dengan standar waktu transfer pasien yang berlaku di RS Stella Maris. Penggunaan standar internal rumah sakit dilakukan karena hingga saat ini belum terdapat standar nasional dari Kementerian Kesehatan yang secara khusus mengatur waktu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap, sehingga standar rumah sakit digunakan sebagai acuan penilaian.
- b. Analisis data hasil wawancara mendalam dilakukan menggunakan teknik analisis konten (*content analysis*) dengan bantuan perangkat lunak NVIVO. Proses analisis diawali dengan penyusunan transkrip hasil wawancara, kemudian peneliti melakukan proses coding, yaitu pemberian kode pada bagian-bagian data yang dianggap relevan dengan fokus penelitian. Kode-kode yang memiliki kesamaan makna kemudian dikelompokkan menjadi kategori. Selanjutnya mengenai penyusunan tema, yaitu pengelompokan kategori ke dalam tema-tema utama yang menggambarkan faktor-faktor yang memengaruhi lamanya

waktu *boarding* pasien di IGD. Selain itu, peneliti juga menggunakan fitur visualisasi dalam Nvivo berupa grafik (*chart*) untuk melihat frekuensi faktor-faktor yang paling sering disebutkan oleh informan sebagai hambatan dalam proses transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.

2.8. Validasi Data

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber data dilakukan dengan cara membandingkan dan konsistensi informasi yang diperoleh dari berbagai sumber menggunakan metode yang sama, yaitu wawancara. Wawancara dilakukan kepada informan yang berbeda dengan latar belakang, peran, dan tanggung jawab yang beragam. Perbedaan maupun kesamaan jawaban dari berbagai sudut pandang informan diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai fenomena yang diteliti serta meningkatkan kredibilitas temuan penelitian (Sugiono, 2023). Dalam penelitian ini, triangulasi sumber data dilakukan dengan mewawancarai beberapa informan dari unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, dan petugas admisi.

2. Triangulasi Metode

Triangulasi metode dilakukan dengan menggunakan lebih dari satu teknik pengumpulan data untuk mengkaji fenomena yang sama. Dalam penelitian ini, triangulasi metode dilakukan melalui penggunaan observasi, telaah dokumen, dan wawancara mendalam. Penerapan berbagai metode ini bertujuan untuk saling melengkapi data yang diperoleh sehingga hasil penelitian menjadi lebih valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

2.9. Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, seperti uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan bentuk lainnya (Finantika *et al*, 2022). Penyajian data dalam penelitian ini dilakukan secara naratif deskriptif dengan menguraikan hasil wawancara mendalam dan observasi lapangan. Data disajikan dalam bentuk uraian teks untuk menggambarkan proses dan faktor-faktor yang memengaruhi lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.