

BAB 4 : HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

Rumah Sakit Universitas Andalas (RS UNAND) merupakan Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (RSPTN) di bawah pengelolaan Universitas Andalas yang diklasifikasikan sebagai rumah sakit Tipe B. RS UNAND menjadi satu-satunya rumah sakit Tipe B di Kota Padang dengan kapasitas 202 tempat tidur, dan berada di bawah Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi. Rumah sakit ini berlokasi di kompleks kampus Universitas Andalas, Limau Manis, Kecamatan Pauh, Kota Padang, Sumatera Barat, berdiri di atas tanah seluas 3,5 hektare dengan luas bangunan 21.306 m². RS UNAND telah tergabung dalam Asosiasi Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (ARSPTN) dan memiliki kedudukan strategis yang setara dengan fakultas di lingkungan Universitas Andalas.²⁵

Pendirian RS UNAND berkaitan dengan kebutuhan akan rumah sakit pendidikan yang memadai. Perencanaannya dimulai sejak tahun 2006, dilatarbelakangi kebijakan pendirian rumah sakit perguruan tinggi dan terbatasnya fasilitas pendidikan di rumah sakit pendidikan utama, yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang. Peletakan batu pertama dilakukan pada 29 Maret 2014 oleh Wakil Menteri Pendidikan Nasional, Prof. Dr. Ir. Musliar Kasim, MS, yang juga mantan Rektor Universitas Andalas. Setelah proses pembangunan yang didukung *Saudi Fund*, *Islamic Development Bank* (IDB), dan Pemerintah, *soft launching* dilakukan pada 29 Maret 2017 dan *grand opening* pada 4 November 2017 oleh Wakil Presiden Republik Indonesia.

Operasional RS UNAND berpedoman pada Tri Dharma Perguruan Tinggi sehingga tidak hanya berfokus pada pelayanan kesehatan, tetapi juga mengemban fungsi pendidikan dan penelitian secara terpadu. Misi RS UNAND meliputi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bermutu berbasis bukti, terutama pada pelayanan onkologi terpadu dan intensif; penyelenggaraan pendidikan profesi yang berkualitas dan berkesinambungan, penelitian kolaboratif dan translasional di bidang profesi kesehatan, pengembangan tata kelola organisasi yang unggul; serta pengabdian masyarakat melalui jaringan kerja sama yang produktif dan berkelanjutan, baik di tingkat daerah, nasional, maupun internasional.

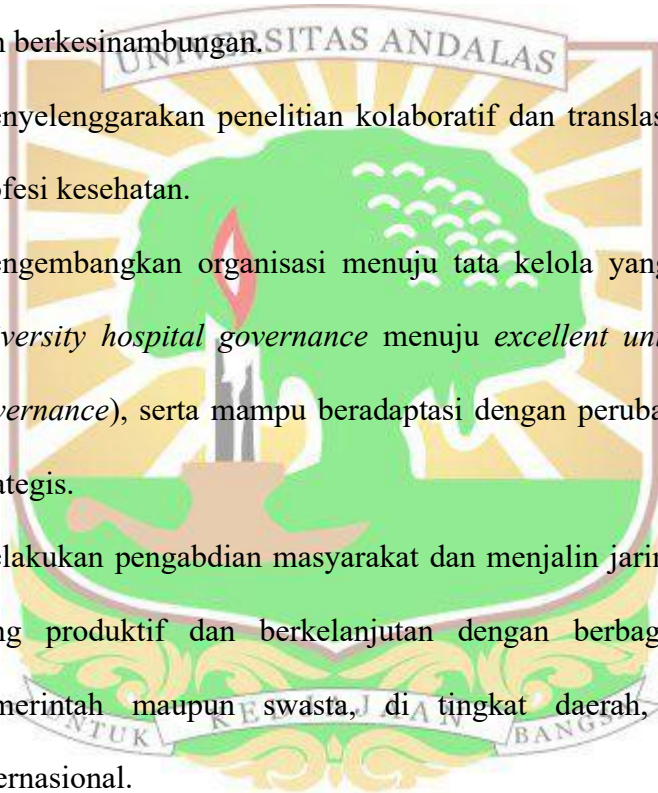
Fasilitas RS UNAND tergolong lengkap dengan program unggulan pada penyakit keganasan dan gastrointestinal. Pelayanan yang diberikan meliputi rawat jalan, rawat inap, kamar operasi, UGD, instalasi farmasi, pelayanan pasien rujukan, ICU, ambulans, serta pelayanan penunjang berupa radiologi, laboratorium, dan gizi, dilengkapi fasilitas radioterapi modern. Layanan unggulan mencakup Onkologi Terpadu dan *Intensive Care* (NICU, PICU, ICU, CVCU) yang didukung dokter spesialis lengkap yang sebagian besar merupakan dokter konsultan, serta telah menerima rujukan dari berbagai daerah. RS UNAND juga menyediakan layanan hemodialisis, radiodiagnostik, *medical check-up*, *home care*, poliklinik fertilitas dan endokrinologi reproduksi, serta instalasi laboratorium dan bank darah.

4.1.1 Visi dan Misi Rumah Sakit Universitas Andalas

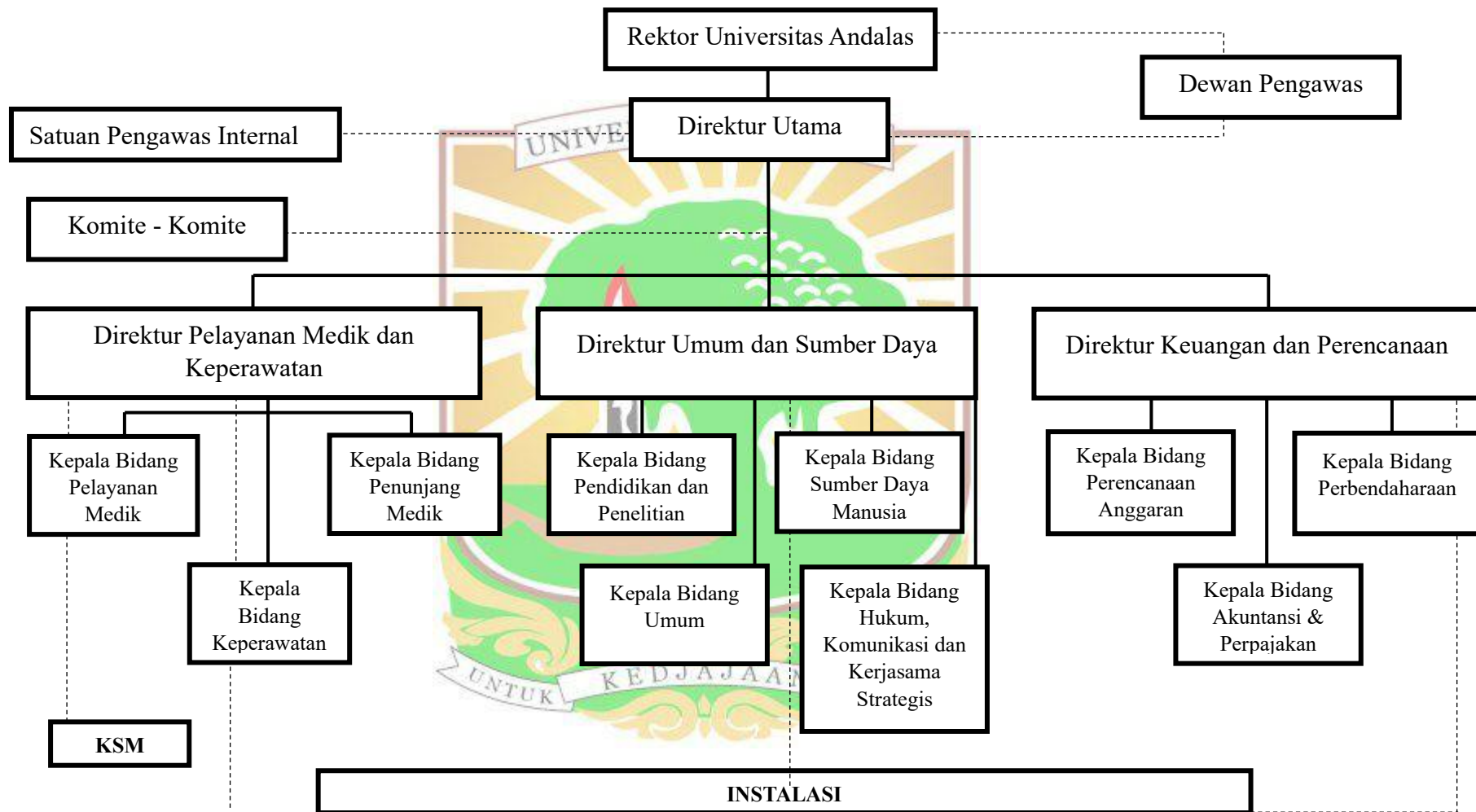
Visi : “Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dan Bermartabat di Indonesia”.

Misi :

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermutu berbasis bukti, terutama pelayanan onkologi terpadu dan intensif, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
2. Menyelenggarakan pendidikan profesi yang berkualitas, berkarakter, dan berkesinambungan.
3. Menyelenggarakan penelitian kolaboratif dan translasional di bidang profesi kesehatan.
4. Mengembangkan organisasi menuju tata kelola yang unggul (*good university hospital governance* menuju *excellent university hospital governance*), serta mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan strategis.
5. Melakukan pengabdian masyarakat dan menjalin jaringan kerja sama yang produktif dan berkelanjutan dengan berbagai pihak, baik pemerintah maupun swasta, di tingkat daerah, nasional, dan internasional.



4.1.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi

4.1.3 Kepegawaian Rumah Sakit Universitas Andalas

Komposisi ketenagaan RS UNAND terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan, serta tenaga pendukung/penunjang dengan total 653 orang, sebagaimana dirinci pada Tabel 4.1.

Tabel 4. 1 Kepegawaian Rumah Sakit Universitas Andalas

No	JENIS TENAGA	JUMLAH
A	Tenaga Medis	
1.	Dokter Umum	37
2.	Dokter Spesialis	64
3.	Dokter Sub Spesialis	49
4.	Dokter Gigi	3
5.	Dokter Gigi Spesialis	3
B	Tenaga Kesehatan	
1.	Tenaga Psikologi Klinis	2
2.	Tenaga Keperawatan	
a.	Perawat Vokasi	78
b.	Perawat Ners	109
c.	Perawat Ners Spesialis	1
3.	Tenaga Kebidanan	
a.	Bidan Vokasi	15
b.	Bidan Profesi	5
4.	Tenaga Kefarmasian	
a.	Tenaga Teknis Kefarmasian	23
b.	Apoteker	12
5.	Tenaga Kesehatan Masyarakat	
a.	Epidemiolog Kesehatan	1
b.	Tenaga Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku	1
c.	Pembimbing Kesehatan Kerja	1
d.	Tenaga Administrator Kesehatan	1

No	JENIS TENAGA	JUMLAH
6.	Tenaga Kesehatan Lingkungan	
a.	Tenaga Sanitasi Lingkungan	2
7.	Tenaga Gizi	
a.	Nutrisisionis	5
8.	Tenaga Keterampilan Fisik	
a.	Fisioterapis	4
b.	Terapis Wicara	1
9.	Tenaga Keteknisan Medis	
a.	Perekam Medis dan Informasi Kesehatan	22
b.	Optometris	1
c.	Penata Anestesi	2
d.	Asisten Penata Anestesi	1
e.	Terapis Gigi dan Mulut	2
10.	Tenaga Teknik Biomedika	
a.	Radiografer	16
b.	Elektromedis	5
c.	Tenaga Teknologi Laboratorium Medik	16
d.	Fisikawan Medik	3
C	Tenaga Pendukung/ Penunjang	
a.	SDM	2
b.	Keuangan & Perencanaan	22
c.	Diklit	2
d.	SIMRS	7
e.	Humas	4
f.	Kerjasama	5
g.	Rumah Tangga	10
h.	Logistik	3
i.	Administrasi & Tata Usaha	4
j.	Sekretaris	5
k.	Pengadministrasi Umum	17

No	JENIS TENAGA	JUMLAH
l.	IPRS	11
m.	CSSD	11
n.	Laundry	9
o.	Penyelenggara Jenazah	3
p.	Pengemudi	10
q.	Pramu	26
r.	Pelaksana Gizi	14
s.	Pelaksana Lainnya	3
JUMLAH		653

4.1.4 Jenis Layanan Di Rumah Sakit Universitas Andalas

Rumah Sakit Universitas Andalas memiliki empat jenis layanan, yaitu:

1. Layanan Unggulan

a) Layanan Onkologi Terpadu

Pengelolaan layanan ini dimulai dari deteksi dini, diagnostik, kemoterapi, radioterapi presisi tinggi menggunakan LINAC (*Linear Accelerator*), hingga perawatan paliatif dan dukungan psikososial bagi pasien kanker. Ruang kemoterapi dilengkapi 10 tempat tidur, area peracikan obat yang aman, dan *CT Simulator* untuk penentuan bidang radiasi. Layanan ini juga aktif dalam Cancer Registry Nasional dan Program Navigasi Pasien Kanker.

b) Instalasi Rawat Intensif (NICU, PICU, ICU, CVCU)

Setiap unit dilengkapi alat pemantauan mutakhir serta diawasi dokter konsultan dan perawat bersertifikat.

c) Layanan Mammografi

2. Layanan Kesehatan

- a) Rawat Inap
- b) Instalasi Gawat Darurat
- c) Instalasi Dialisis
- d) Instalasi Laboratorium
- e) Radiodiagnostik
- f) Layanan Rawatan Intensif

3. Layanan Lainnya

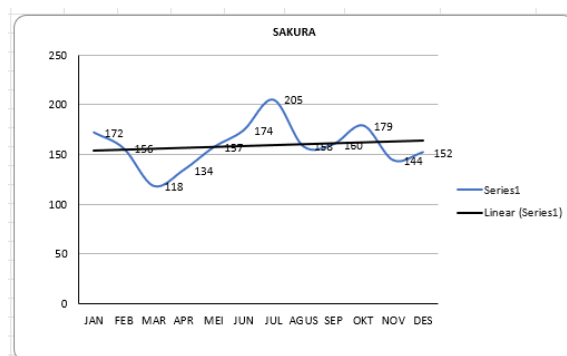
- a) Pemeriksaan Kesehatan (*medical check-up*)
- b) Perawatan di Rumah (*home care*)
- c) Poliklinik Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi

4. Layanan Eksekutif (Konsultasi Nutrisi Anak)

4.1.5 Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Andalas

a) Rawat Inap Sakura

Ruang Rawat Inap Sakura merupakan unit pelayanan rawat inap yang melayani pasien kelas I, VIP, dan VVIP. Ruangan ini memberikan pelayanan bagi pasien yang memerlukan perawatan nonintensif dengan fasilitas yang disesuaikan berdasarkan kelas perawatan. Pada tahun 2025, Ruang Sakura memiliki 29 tempat tidur yang aktif digunakan.



Gambar 4. 2 Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Bulanan di Ruang Sakura Tahun 2025

Berdasarkan Gambar 4.2 menjelaskan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat inap di Ruang Sakura berkisar antara 118 hingga 205 kunjungan per bulan. Kunjungan tertinggi tercatat pada bulan Juli sebanyak 205 kunjungan, sedangkan kunjungan terendah terjadi pada bulan Maret sebanyak 118 kunjungan.

b) Rawat Inap Eboni

Rawat inap Eboni merupakan rawat inap ruang rawat inap pasien kelas II dan Kelas III dengan 38 Tempat Tidur. Setiap ruang rawat inap kelas II terdiri dari 4 tempat tidur dan untuk kelas III terdiri dari 6 tempat tidur. Sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan tentang ruang rawat KRIS.



Gambar 4. 3 Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Bulanan di Ruang Eboni Tahun 2025

Berdasarkan gambar 4.3 pada Grafik kunjungan pasien rawat inap di Ruang Eboni berada pada kisaran 140–254 kunjungan per bulan, dengan jumlah tertinggi pada bulan Juli 254 kunjungan dan terendah pada bulan April 140 kunjungan.

c) Rawat Inap Meranti

Ruang Rawat Inap Meranti merupakan unit pelayanan rawat inap bagi pasien bedah kelas II dan kelas III. Pelayanan di ruang ini meliputi perawatan sebelum tindakan pembedahan, setelah tindakan pembedahan, serta pemantauan selama masa pemulihan pasien. Pada tahun 2025, Ruang Meranti memiliki 26 tempat tidur yang aktif digunakan.

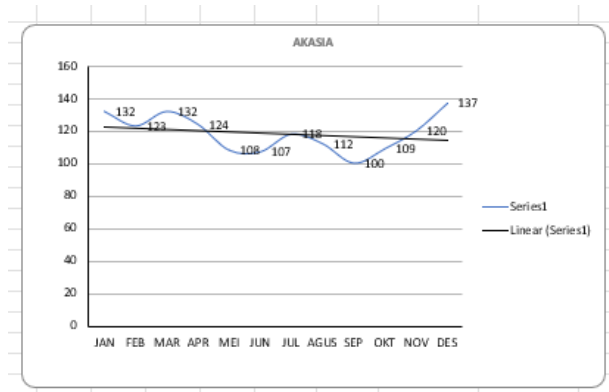


Gambar 4. 4 Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Bulanan di Ruang Meranti Tahun 2025

Berdasarkan gambar 4.4 pada Grafik kunjungan pasien rawat inap di Ruang Meranti menunjukkan bahwa jumlah kunjungan kisaran 98–139 kunjungan per bulan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Juli 139 kunjungan, sedangkan jumlah kunjungan terendah terjadi pada bulan November 98 kunjungan.

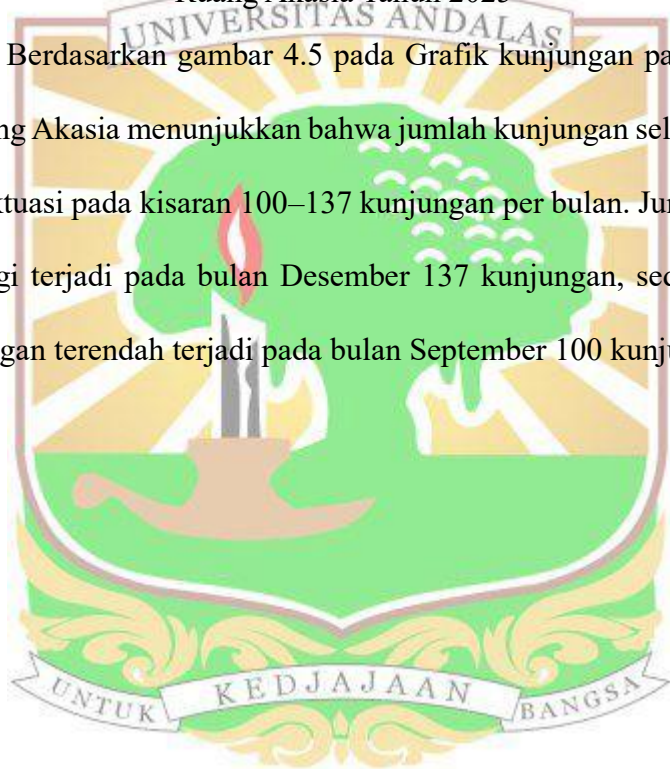
d) Rawat Inap Akasia

Ruang Rawat Inap Akasia merupakan *High Care Unit* (HCU) yang melayani pasien dewasa dengan kondisi yang memerlukan pemantauan lebih intensif dibandingkan ruang rawat inap umum, namun belum memerlukan perawatan di ICU. Pada tahun 2025, Ruang Akasia memiliki 19 tempat tidur yang aktif digunakan.



Gambar 4. 5 Grafik Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Bulanan di Ruang Akasia Tahun 2025

Berdasarkan gambar 4.5 pada Grafik kunjungan pasien rawat inap di Ruang Akasia menunjukkan bahwa jumlah kunjungan selama tahun 2025 berfluktuasi pada kisaran 100–137 kunjungan per bulan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Desember 137 kunjungan, sedangkan jumlah kunjungan terendah terjadi pada bulan September 100 kunjungan.



4.2 Penelitian Kuantitatif

Penelitian kuantitatif dilakukan untuk menghitung indikator BOR, ALOS, TOI, dan BTO serta menganalisisnya menggunakan Grafik *Barber Johnson*, guna mengetahui tingkat efisiensi pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Andalas.

4.2.1 Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) Kelas Rawat Inap RS UNAND

Nilai BOR rawat inap untuk kelas Sakura, Eboni, Meranti, dan Akasia RS UNAND tahun 2025 berdasarkan rumus indikator disajikan pada Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4. 2 Bed Occupancy Rate (BOR)

Unit Rawat Inap	Hari Rawatan (a)	Jumlah TT (b)	Periode (c)	BOR (d) = (a/b)×c×100%
Sakura	7.736	29	365	73%
Eboni	11.854	38	365	85%
Meranti	4.891	26	365	51%
Akasia	6.225	19	365	89%

Berdasarkan Tabel 4.2, nilai BOR pada unit rawat inap RS UNAND tahun 2025 menunjukkan variasi antar kelas perawatan. Kelas Akasia memiliki BOR tertinggi sebesar 89%, diikuti kelas Eboni 85%, kelas Sakura 73%, dan kelas Meranti 51% sebagai nilai terendah. Meskipun terdapat perbedaan nilai antara masing-masing unit rawat inap, namun hanya ruangan Sakura dengan nilai 73% dan Eboni dengan nilai 85% yang sudah memenuhi standar Grafik *Barber Johnson* yaitu 75-85% dan standar dari Kementrian Kesehatan RI yaitu antara 60-85%.

4.2.2 Nilai Average Length of Stay (ALOS) Rawat Inap RS UNAND

Nilai ALOS rawat inap untuk kelas Sakura, Eboni, Meranti, dan Akasia RS UNAND tahun 2025 berdasarkan rumus indikator disajikan pada Tabel 4.4 berikut.

Tabel 4. 3 Average Length of Stay Rawat Inap RS UNAND

Unit Rawat Inap	Hari Rawatan	Pasien Keluar	ALOS
	(a)	(b)	(c) = a/b
Sakura	7.736	1909	4 hari
Eboni	11.854	2326	5 hari
Meranti	4.891	1365	3,6 hari
Akasia	6.225	1422	4,4 hari

Berdasarkan Tabel 4.3, nilai ALOS tertinggi berada pada kelas Eboni yaitu 5 hari, diikuti kelas Akasia 4,4 hari, kelas Sakura 4 hari, dan nilai ALOS terendah pada kelas Meranti yaitu 3,6 hari. Menurut standar Grafik *Barber Johnson*, nilai ALOS ideal berada pada rentang 3-12 hari. Meskipun terdapat perbedaan nilai antara masing-masing unit semua ruangan sudah memenuhi standar.

4.2.3 Nilai Turn Over Interval (TOI) Rawat Inap RS UNAND

Nilai TOI rawat inap untuk kelas Sakura, Eboni, Meranti, dan Akasia RS UNAND tahun 2025 berdasarkan rumus indikator disajikan pada Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4. 4 Turn Over Interval Rawat Inap RS UNAND

Unit Rawat Inap	Hari Rawatan	Jumlah TT	Hari dalam satu tahun	Pasien Keluar	TOI
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e) = $\frac{(b \times c) - a}{a}$
Sakura	7.736	29	365	1909	1,49 hari
Eboni	11.854	38	365	2326	0,86 hari
Meranti	4.891	26	365	1365	3,36 hari
Akasia	6.225	19	365	1422	0,49 hari

Berdasarkan Tabel 4.4, nilai TOI tertinggi berada pada kelas Meranti yaitu 3,36 hari, diikuti kelas Sakura 1,49 hari, kelas Eboni 0,86 hari, dan nilai TOI terendah pada kelas Akasia yaitu 0,49 hari. Meskipun terdapat perbedaan nilai antara masing-masing unit, namun hanya ruang Rawat Inap Sakura dengan nilai 1,49 hari yang telah memenuhi standar dari *Barber Johnson* yaitu pada rentang 1-3 hari.

4.2.4 Nilai Bed Turn Over (BTO) Rawat Inap RS UNAND

Nilai BTO rawat inap untuk kelas Sakura, Eboni, Meranti, dan Akasia RS UNAND tahun 2025 berdasarkan rumus indikator disajikan pada Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4. 5 Bed Turn Over Rawat Inap RS UNAND

Unit Rawat Inap	Pasien Keluar	Jumlah TT	BTO
	(a)	(b)	(c) = $\frac{a}{b}$
Sakura	1909	29	65 kali
Eboni	2326	38	61 kali
Meranti	1365	26	52 kali
Akasia	1422	19	74 kali

Berdasarkan Tabel 4.5, nilai BTO tertinggi berada pada kelas Akasia yaitu 74 kali, diikuti kelas Sakura 65 kali, kelas Eboni 61 kali, dan nilai BTO terendah pada kelas Meranti yaitu 52 kali.. Nilai BTO menunjukkan perbedaan antara masing-masing unit, namun tidak ada satupun dari kelas rawat inap yang memenuhi standar menurut Grafik *Barber Johnson* yaitu pada rentang 30-50 kali per tahun bahkan juga tidak memenuhi standar dari Kementerian Kesehatan RI dengan rentang ideal antara 40-50 kali.

4.3.5 Penilaian Tingkat Efisiensi Pelayanan Rawat Inap RS UNAND

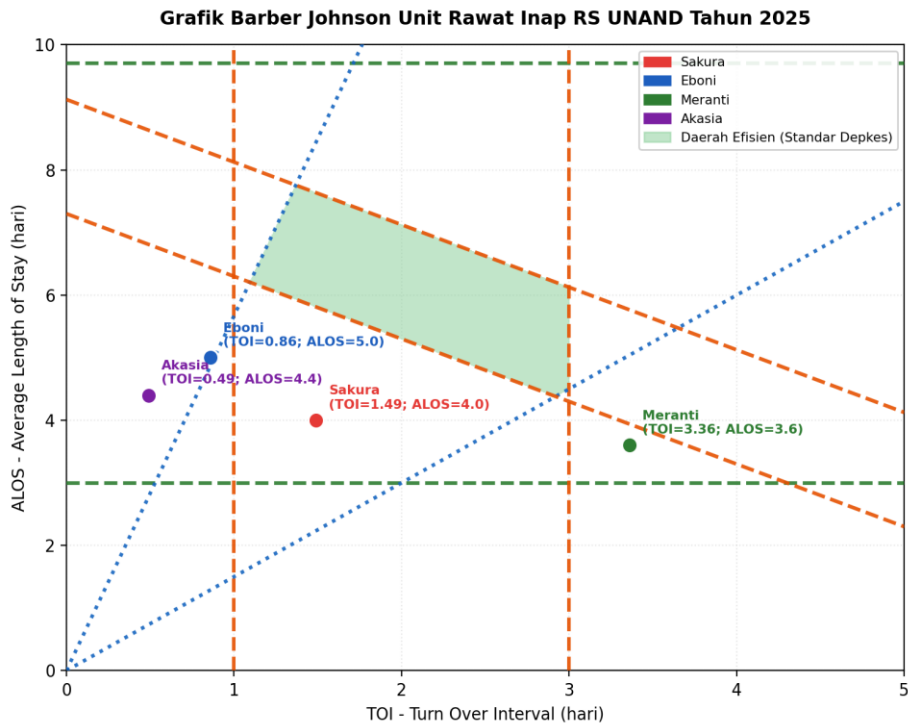
Berdasarkan Grafik Barber Johnson Tahun 2025

Penilaian efisiensi pelayanan rawat inap dilakukan menggunakan indikator *Barber Johnson* yang meliputi *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length of Stay* (ALOS), *Turn Over Interval* (TOI), dan *Bed Turn Over* (BTO). Keempat indikator tersebut dihitung untuk masing-masing ruang rawat inap yang menjadi objek penelitian, yaitu Ruang Sakura, Ruang Eboni, Ruang Meranti, dan Ruang Akasia. Hasil perhitungan dibandingkan dengan standar *Barber Johnson* untuk mengetahui tingkat efisiensi pemanfaatan tempat tidur pada setiap ruang rawat inap.

Tabel 4. 6 Perhitungan Seluruh Indikator / Gambar 4. 4 Grafik Barber Johnson RS UNAND Tahun 2025

Unit Rawat Inap	Indikator				Keterangan
	BOR (%)	ALOS (hari)	TOI (hari)	BTO (kali)	
Sakura	73%	4 hari	1,49 hari	65 kali	BOR & BTO Tidak Efisien
Eboni	85%	5 hari	0,86 hari	61 kali	TOI & BTO Tidak Efisien
Meranti	51%	3,6 hari	3,36 hari	52 kali	BOR, TOI, BTO Tidak Efisien
Akasia	89%	4,4 hari	0,49 hari	74 kali	BOR, TOI BTO Tidak Efisien
Standar Barber Johnson	75-85%	3-12 hari	1-3 hari	30-50 kali	

Hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap tahun 2025 pada empat ruang rawat inap menunjukkan variasi nilai BOR, ALOS, TOI, dan BTO yang cukup besar antar ruangan. Nilai indikator masing-masing ruangan dibandingkan dengan standar ideal *Barber Johnson* hasil tersebut divisualisasikan dalam Grafik *Barber Johnson* sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 4.4



Gambar 4. 6 Grafik *Barber Johnson* Unit Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Andalas Tahun 2025

Berdasarkan Gambar 4.4 menunjukkan bahwa tidak ada satupun dari keempat ruangan yaitu Sakura, Eboni, Meranti, dan Akasia, yang berada tepat di dalam Daerah Efisien (DE) berdasarkan Grafik *Barber Johnson*. Posisi masing-masing ruang rawat inap pada Grafik *Barber Johnson* menunjukkan adanya perbedaan letak titik koordinat berdasarkan kombinasi nilai BOR, ALOS, TOI, dan BTO.

Ruang rawat inap Sakura merupakan ruang perawatan kelas I, VIP, dan VVIP dengan titik koordinat (1,49; 4,00). Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh nilai BOR sebesar 73%, ALOS selama 4 hari, TOI sebesar 1,49 hari, dan BTO sebanyak 65 kali. Nilai BOR menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur mencapai 73% dari kapasitas yang tersedia selama tahun 2025, namun masih sedikit di bawah standar efisiensi *Barber Johnson* (75–85%). Nilai ALOS selama 4 hari

masih berada dalam rentang standar, sedangkan TOI sebesar 1,49 hari menunjukkan bahwa tempat tidur rata-rata kosong sekitar satu hingga dua hari sebelum digunakan kembali. Nilai BTO sebesar 65 kali menunjukkan bahwa setiap tempat tidur digunakan rata-rata sebanyak 65 kali selama satu tahun.

Ruang rawat inap Eboni merupakan ruang perawatan penyakit dalam kelas II dan kelas III dengan titik koordinat (0,86; 5,00). Hasil perhitungan menunjukkan nilai BOR sebesar 85%, ALOS selama 5 hari, TOI sebesar 0,86 hari, dan BTO sebanyak 61 kali. Nilai BOR berada pada batas atas standar efisiensi, sedangkan ALOS selama 5 hari merupakan yang tertinggi dibandingkan ruang rawat inap lainnya. Nilai TOI sebesar 0,86 hari menunjukkan bahwa interval waktu tempat tidur kosong relatif singkat sebelum digunakan kembali oleh pasien berikutnya. Nilai BTO sebesar 61 kali menunjukkan bahwa setiap tempat tidur digunakan rata-rata sebanyak 61 kali selama satu tahun.

Ruang rawat inap Meranti merupakan ruang perawatan bedah kelas II dan kelas III dengan titik koordinat (3,36; 3,60). Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh nilai BOR sebesar 51%, ALOS selama 3,6 hari, TOI sebesar 3,36 hari, dan BTO sebanyak 52 kali. Nilai BOR merupakan yang terendah dibandingkan seluruh ruang rawat inap, menunjukkan rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur. Nilai ALOS sebesar 3,6 hari masih berada dalam rentang standar, sedangkan TOI sebesar 3,36 hari merupakan yang tertinggi dibandingkan ruang lainnya, yang menunjukkan bahwa tempat tidur memerlukan waktu lebih lama untuk terisi kembali setelah pasien keluar.

Ruang rawat inap Akasia merupakan *High Care Unit* (HCU) dewasa non-kelas dengan titik koordinat (0,49; 4,40). Hasil perhitungan menunjukkan nilai BOR sebesar 89%, ALOS selama 4,4 hari, TOI sebesar 0,49 hari, dan BTO sebanyak 74 kali. Nilai BOR merupakan yang tertinggi dibandingkan seluruh ruang rawat inap dan telah melebihi batas atas standar *Barber Johnson*. Nilai ALOS selama 4,4 hari masih berada dalam rentang standar, sedangkan TOI sebesar 0,49 hari merupakan yang terendah, yang menunjukkan bahwa tempat tidur hampir tidak mengalami waktu kosong sebelum digunakan kembali oleh pasien berikutnya. Nilai BTO sebesar 74 kali juga menunjukkan tingginya frekuensi penggunaan tempat tidur selama tahun 2025.

Tabel 4.7 Klasifikasi Pola Ketidakefisienan (Overutilization/Underutilization) per Ruangan Tahun 2025

Ruangan	BOR	TOI	BTO	Pola Dominan
Sakura	Standar (73%)	Standar (1,49 hari)	Overutilization (65 kali)	BOR Underutilization, BTO Overutilization
Eboni	Standar (85%)	Underutilization (0,86 hari)	Overutilization (61 kali)	TOI Underutilization BTO Overutilization
Meranti	Underutilization (51%)	Underutilization (3,36 hari)	Overutilization (52 kali)	BOR & TOI Underutilization BTO Overutilization
Akasia	Overutilization (89%)	Underutilization (0,49 hari)	Overutilization (74 kali)	BOR & BTO Overutilization, TOI Underutilization

Berdasarkan Tabel 4.7 menunjukkan bahwa setiap ruang rawat inap memiliki pola ketidakefisienan yang berbeda. Kategori *overutilization*

menggambarkan pemanfaatan tempat tidur yang melampaui kapasitas optimal sesuai standar efisiensi, sedangkan *underutilization* menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur belum mencapai kapasitas optimal.

4.4 Penelitian Kualitatif

Analisis kualitatif difokuskan untuk menggali faktor-faktor penyebab ketidakefisienan indikator efisiensi menggunakan pendekatan model Donabedian yang membagi faktor penyebab ke dalam komponen struktur dan proses. Setiap sub-aspek dikaitkan secara eksplisit dengan indikator dan ruangan yang berada di luar standar. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan yang terkait langsung dengan pelayanan rawat inap, yaitu manajemen pelayanan medik, kepala ruangan rekam medis, kepala ruangan rawat inap, dan perawat pelaksana rawat inap. Karakteristik informan disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4. 7 Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Jenis kelamin	Jabatan	Umur	Pendidikan
1.	Inf-1	L	Manajemen Pelayanan Medik	31 Tahun	Profesi Dokter
2.	Inf-2	P	Kepala Ruangan Rekam Medis	28 Tahun	D3 Rekam Medis
3.	Inf-3	P	Kepala Ruangan Rawat Inap Sakura	34 Tahun	S1 Ners
4.	Inf-4	P	Kepala Ruangan Rawat Inap Eboni	37 Tahun	S1 Ners
5.	Inf-5	L	Kepala Ruangan Rawat Inap Meranti	29 Tahun	S2 Ners
6.	Inf-6	P	Kepala Ruangan Rawat Inap Akasia	33 Tahun	D3 Ners
7.	Inf-7	P	Perawat Rawat Inap Sakura	31 Tahun	S1 Ners
8.	Inf-8	P	Perawat Rawat Inap Eboni	27 Tahun	S1 Ners
9.	Inf-9	P	Perawat Rawat Inap Meranti	25 Tahun	S1 Ners

10.	Inf-10	P	Perawat Rawat Inap Akasia	29 Tahun	D3 Ners
-----	--------	---	---------------------------	----------	---------

Berdasarkan Tabel 4.7 Pemilihan informan mempertimbangkan keterkaitan langsung masing-masing pihak dengan pelaksanaan dan pengelolaan pelayanan rawat inap, sehingga diharapkan memberikan informasi yang mendalam dan komprehensif mengenai efisiensi pelayanan rawat inap berdasarkan Grafik *Barber Johnson* di RS Universitas Andalas.

4.4.1 Rawat Inap Sakura

Ruang Sakura mencatat BOR 73% tidak mencukupi batas bawah standar *Barber Johnson* (75%) dan BTO sebesar 65 kali per tahun melampaui batas atas standar *Barber Johnson* (50 kali). Sedangkan, ALOS (4 hari), dan TOI (1,49 hari) berada dalam rentang standar. Pola ini menunjukkan bahwa persoalan di ruang Sakura ada pada tingkat keterisian tempat tidur dan frekuensi pergantian pasien yang berbeda pada satu tempat tidur yang terlalu tinggi.

Hasil wawancara mendalam mengungkap bahwa rendahnya BOR dan tingginya BTO di Sakura berkaitan dengan fungsi ruangan tersebut sebagai salah satu tujuan penitipan pasien berjenjang antar kelas rawat inap, keterbatasan tenaga pada shift malam, dan keterbatasan alat pemantauan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

"Fasilitas sudah cukup sesuai dengan kondisi pasien dan ruangan, monev rutin aja untuk fasilitasnya. Untuk kondisi dan kelayakan fasilitas layak dan sudah diperbaharui sapras yang rusak, untuk kebutuhan paling AC kadang tidak dingin" (Inf-3)

"Untuk jumlah tenaga disini memang belum mencukupi diruangan ini ada perawat dan bidan jumlah 17 dengan pembagian 3 shift (pagi 3 orang, siang 4, dan malam nya 4), kalo dari jumlah tenaga kerja saat ini untuk beban kerja ga berat" (Inf-3)

"Kalau TT penuh diruangan lain, penitipan sementara berjenjang misalkan pasien kelas 2 pindah ke kelas 1, pasien kelas 1 dipindah ke VIP kalau TT diruangan yang seharusnya sudah tersedia pasien dipindahkan ke tempat sesuai kelas nya" (Inf-3)

"kendalanya di laken (alas kasur) pasien kurang atau stock habis, jadi nunggu lagi tu, sedangkan dari IGD udah nunggu lama, atau pasien yang sudah diperbolehkan pulang masih duduk diruangannya padahal proses administrasi sudah selesai semuanya, kadang juga pasiennya nunggu jemputan keluarga" (Inf-3)

"Ruang rawat inap sakura ini khusus kelas 1 dan VIP kemarin itu kami sempat keteteran karna kekurangan monitor, infus kami sering pam, karna kan tujuan nya bukan rawat HCU, kadang ada pasien dari IGD dan pasien HCU penuh jadi ditempatkan disini" (Inf-7)

"keteterannya di dinas malam karna jumlah pasien yang 29 atau 28 dan perawatnya 3, sangat sangat berat ya, karna pasti ada kejadian yang tidak bisa kita hindari kan... kalau lagi ada kejadian seperti itu kami minta bantuan ke MOD kami lapor jika memang sudah tidak ter handle lagi" (Inf-7)

Selain fungsi penitipan berjenjang, keterbatasan tenaga keperawatan pada shift malam (rasio dapat mencapai 1:10) turut mendorong percepatan proses administratif keluar-masuk pasien, karena perawat cenderung mempercepat proses serah terima demi mengelola beban kerja yang tinggi. Keterbatasan fasilitas sarana dan prasarana pelayanan turut menyebabkan sebagian pasien yang memerlukan observasi lebih lama dipindahkan lebih cepat ke ruangan lain, yang turut menambah frekuensi pergantian pasien di Sakura.

Tabel 4. 8 Matriks Triagulasi Faktor BOR *Underutilization* & BTO
Overutilization Ruang Sakura

Aspek yang Dinilai	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Sumber Daya Fisik (Struktur)	Fasilitas umumnya memadai, namun masih terdapat kendala monitor, pump, dan ketersediaan linen.	Sakura memiliki 29 tempat tidur dan.	Ketersediaan monitor mendukung pelayanan rutin, namun terbatas ketika pasien yang memerlukan pemantauan intensif akibat penuhnya ruang HCU.	Keterbatasan fasilitas pendukung berpotensi memengaruhi optimalisasi pemanfaatan tempat tidur (BTO).
Sumber Daya Manusia (Struktur)	Rasio perawat-pasien mencapai 1:10 pada shift malam mendorong percepatan proses administratif keluar-masuk pasien.	Pola ketenagaan 17 tenaga, terbagi dalam 3 shift.	Proses serah terima pasien pada shift malam berlangsung tergesa-gesa.	Keterbatasan SDM turut mempercepat siklus keluar-masuk pasien, berkontribusi pada tingginya BTO.
Manajemen Pelayanan (Proses)	Sakura berfungsi sebagai ruang penitipan berjenjang antar kelas, menerima banyak pasien transisi jangka pendek.	Dokumen menunjukkan Sakura berfungsi sebagai salah satu ruang penitipan sementara antar kelas.	Hasil observasi menunjukkan sebagian besar tempat tidur di Ruang Rawat Inap Sakura terisi pasien.	Fungsi Sakura sebagai ruang penitipan antar kelas mendukung tingginya pemanfaatan tempat tidur.

4.4.2 Rawat Inap Eboni

Ruang Eboni mencatat TOI sebesar 0,86 hari (di bawah batas bawah standar 1 hari) dan BTO sebesar 61 kali (di atas batas atas standar 50 kali), sementara BOR (85%) dan ALOS (5 hari) masih berada dalam rentang standar meskipun berada pada titik yang relatif tinggi. Pola ini menunjukkan bahwa tempat tidur di ruang

Eboni hampir selalu terisi kembali segera setelah kosong, tanpa jeda yang cukup untuk sanitasi, sekaligus mengalami frekuensi pergantian pasien yang tinggi.

Hasil wawancara mendalam mengidentifikasi bahwa tingginya permintaan terhadap ruang Eboni sebagai ruang dengan layanan intensif dan onkologi terpadu menjadi penyebab utama pola ini, diperparah oleh persoalan administratif berupa ketidaksesuaian SK penetapan kelas tempat tidur dengan lokasi rawat aktual pasien serta keterlambatan proses kepulangan pasien. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

"Kapasitas ruang Eboni ada 38 Tempat Tidur, semua bed sudah memenuhi standar ada tempat tidurnya, ada lemarnya, ada meja makan nya, udah lengkap semuanya... kendala yang dialami terkait fasilitas AC sekarang, kadang kendalanya AC tidak berfungsi/ tidak dingin kami sudah membuat laporan sedang menunggu jadwal perbaikan" (Inf-4)

"Sekarang diruangan ini tenaga ada 18 dengan kepala ruangan... kalau pasien dibawah 25 itu bisa terhandle dengan tenaga segitu tapi kalau sudah 30 an keatas, kita sistem per tj 1 perawat bisa pegang 6-7 pasien, bahkan bisa sampai 9 bahkan 10 pasien jadi beban kerjanya cukup tinggi" (Inf-4)

"Kendala yang sering terjadi di kepulangan pasien, kadang satu hari itu banyaknya di dinas sore, resume pulang ini kadang ada beberapa DPJP yang lama bikinnya, Pasien pulang ada obat pulang nya juga, menunggu itu sih yang sering lama" (Inf-4)

"Penyebab alos lama dan toi rendah, masalah SK tempat tidur sih kadang pasien yang ada di meranti input nya di sini karna kelas 2 hanya 8 bed, jadi kalau pasiennya penuh itu titip di meranti jadi tidak sesuai dengan SK yang ada, harusnya dimana pasien itu di input disitu ruangan nya harusnya" (Inf-4)

"RS kita kan keunggulannya emang intensif dan onkologi terpadu jadi memang pasien yang rawatannya lama, karna pasien dengan kompleksitas penyakit jadi rawatan bisa berbulan bulan, apalagi bayi neonatus juga lama" (Inf-1)

"Sejauh ini untuk sarana prasarana udah lengkap sih dan sudah terbaru, peningkatan fasilitas yang diharapkan AC, untuk monitor sudah memakai yang portabel yang bisa dibawa bawa ga yang gantung lagi" (Inf-8)

"Kebetulan sekarang ini kita lagi kekurangan tenaga kemaren kan kita terima mahasiswa magang sekarang sudah habis kontrak kerjanya jadi

sekarang ini lebih dipadatkan begitu... beban kerja yang dirasa paling berat itu ketika ada pasien titipan HCU, dan kebanyakan pasien yang tidak sadar jadi pasiennya perlu pemantauan perjam, sedangkan tenaga kita terbatas. Misalnya satu tenaga itu dapat 7 atau 8 pasien" (Inf-8)

"Kondisi lingkungan aturan jam kunjung sih, kita ruangan penyakit dalam misalnya paru penularannya lewat udara jadi kan kurang edukasi... kita butuh satpam untuk disetiap ruangan tapi disini belum ada" (Inf-8)

"terhambatnya si kita kan ada pramu satu lantai, kita butuh labor cepat nih sedangkan pramu kita lagi nganter pasien ke OK, tapi biasanya datang nya ga terlalu lama tapi memang beberapa kali menunggu" (Inf-8)

Keterbatasan tenaga keperawatan (rasio dapat mencapai 1:6 hingga 1:10 pada okupansi tinggi) turut menyulitkan proses sanitasi tempat tidur secara optimal sebelum diisi kembali, sehingga TOI semakin rendah. Sementara itu, praktik pencatatan pasien titipan dari ruang lain yang tercatat sebagai pasien Eboni akibat SK kelas tempat tidur turut meningkatkan angka BTO yang tercatat pada ruangan ini, dan keterlambatan penyelesaian resume medis serta obat pulang oleh DPJP turut memperlambat siklus keluar-masuk pasien yang seharusnya.

Tabel 4. 9 Matriks Triagulasi Faktor TOI Underutilization dan BTO Overutilization Ruang Eboni

Aspek yang Dinilai	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Sumber Daya Manusia (Struktur)	Rasio perawat-pasien 1:6 s.d. 1:10 menyulitkan proses sanitasi tempat tidur secara optimal sebelum diisi kembali.	18 tenaga untuk kapasitas 38 TT dibagi dalam 3 shift.	Proses sanitasi tempat tidur dilakukan lebih cepat dari standar waktu ideal.	Keterbatasan SDM mempercepat pengisian kembali tempat tidur, memperkuat TOI underutilization dan BTO overutilization.

Lingkungan Pelayanan (Struktur)	Permintaan tinggi terhadap layanan intensif dan onkologi terpadu menyebabkan waiting list panjang dan tempat tidur nyaris tidak pernah kosong.	Dokumen waiting list menunjukkan tingginya antrean pasien masuk ke Ruang Eboni..	Tempat tidur kosong langsung terisi kembali dalam waktu singkat.	Tingginya permintaan kasus kompleks menjadi penyebab utama TOI underutilization di Eboni.
Manajemen Pelayanan (Proses)	Ketidaksesuaian SK kelas tempat tidur menyebabkan pasien ruangan lain (mis. Meranti) tercatat sebagai pasien Eboni.	SK penetapan kelas tempat tidur dan data okupansi menunjukkan ketidaksesuaian pencatatan lokasi rawat.	Sejumlah pasien titipan tercatat pada data Eboni meski dirawat di ruangan lain.	Bias pencatatan akibat SK tempat tidur turut meningkatkan angka BTO yang tercatat di Eboni.
Tindakan Teknis (Proses)	Resume pulang dan obat pulang sering terlambat diselesaikan, memperlambat proses keluar pasien.	Catatan waktu penyelesaian resume medis menunjukkan variasi waktu tunggu yang cukup besar.	Pasien yang sudah diizinkan pulang tetap menunggu resume dan obat di ruangan.	Keterlambatan penyelesaian dokumen kepulangan memperkuat pola tempat tidur segera terisi kembali (TOI rendah).

4.4.3 Rawat Inap Meranti

Ruang Meranti mencatat pola ketidakefisienan yang paling kompleks: BOR sebesar 51% di bawah batas bawah standar 75%, TOI sebesar 3,36 hari di atas batas atas standar 3 hari, dan BTO sebesar 52 kali sedikit di atas batas atas standar 50 kali. Kombinasi BOR rendah dan TOI tinggi pada dasarnya konsisten tempat tidur jarang terisi dan sering menganggur lama, namun kehadiran BTO yang tetap di atas standar tampak kontradiktif dan memerlukan penjelasan tersendiri.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa rendahnya BOR dan tingginya TOI di ruang Meranti terutama disebabkan oleh keterbatasan alat pemantauan, keterbatasan tenaga, dan kendala sistem pelaporan, sedangkan BTO yang tetap tinggi dijelaskan oleh peran Meranti sebagai ruang penerima titipan sementara. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

"Kapasitas TT 34 dan kelayakan fasilitas sudah mencukupi tapi ada beberapa fasilitas yang belum karena ruangan baru kecukupan alat alat seperti monitor terbatas, kendala yang sering dihadapi misalkan ada pasien yang perlu ada pemantauan ruangan meranti harus meminjam ke ruangan lain misalkan monitor, tablet karna semua serba online sekarang" (Inf-5)

"Tenaga kesehatan belum cukup shift perawat ada 13, jika ada lonjakan pasien biasanya keteteran, ruang meranti memerlukan tambahan tenaga" (Inf-5)

"Kendala pelaporan karena jumlah komputer terbatas, kendala jaringan karena sudah full RME atau server down" (Inf-5)

"Kendala jika pasien full bed maka biasanya solusinya dilakukan penitipan pasien ke kelas 2 (naik tingkat) tapi jika kondisinya kedua ruangan tersebut penuh kendalanya pasien harus menunggu, jika pasien IGD distabilkan dulu jika pasien poli menunggu ruangan pasien dipulangkan dahulu lalu dibersihkan" (Inf-5)

"Kondisi fasilitas di ruang rawat inap meranti masih kurang, biasanya kita dapat hibah dari ruangan lain terkadang kondisinya juga karna sudah dalam pemakaian... salah satunya monitor dari picu yang layarnya sudah ada garis garis... EKG kita ga punya EKG tapi kita sudah diajukan untuk pengadaan" (Inf-9)

"Diruangan ini ada 10 perawat termasuk Karu, Katim dan PP ditambah adik adik magang 4 orang... jadi kadang kalau ada lonjakan pasien banyak sampai 21 atau 25 dan itupun yang banyak operasi, jadi kita keteteran apalagi pramu... untuk situasi sekarang melalui karu perawat sudah mengajukan kebagian SDM untuk penambahan tenaga" (Inf-9)

"Ada aturan tersendiri yang dibuat bidang farmasi untuk obat diterima pasien rawat inap diatas jam 11 jadi pasien yang dipulangkan pagi, harus menunggu hingga siang, pasien tetap harus menunggu di dalam ruangan (salah satu penyebab alur pulang pasien terlambat) untuk pasien masuk juga jadi terganggu karna proses pemulangan terlambat" (Inf-9)

"Dari segi sistem informasi menggunakan RME sering terkendala sinyal loading lama, pernah kejadian sistem maintenance, dan perawat lembur untuk

menginput data ulang, maintenance yang terjadi karna satu server dengan universitas andalas" (Inf-9)

"kalau ruangan penuh kayak di eboni, karu akasia koordinasi dengan meranti untuk dititip sementara kesana dulu, karna kalau ga pindah pasiennya akasia tidak bisa menerima pasien HCU yang akan masuk, menumpuk waiting list akasia" (Inf-6)

BTO Meranti yang tetap di atas standar terletak pada perannya sebagai ruang penerima titipan sementara dari ruang Akasia dan Eboni saat kedua ruangan tersebut penuh. Pasien titipan ini umumnya dirawat dalam waktu singkat sebelum dikembalikan ke ruang asal begitu tempat tidur tersedia, sehingga menambah jumlah pasien berbeda yang tercatat menggunakan tempat tidur Meranti (meningkatkan BTO) tanpa secara signifikan meningkatkan rata-rata keterisian (BOR) maupun mempersingkat waktu kosong antar pasien reguler (TOI).

Tabel 4. 10 Matriks Triagulasi Faktor BOR Underutilization, TOI Underutilization dan BTO Overutilization Ruang Meranti

Aspek yang Dinilai	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Sumber Daya Fisik (Struktur)	Keterbatasan monitor dan ketiadaan EKG menyebabkan pasien observasi ketat dialihkan ke ruangan lain, sehingga bed Meranti lebih sering kosong.	Meranti memiliki 1 unit monitor pasien dan tidak ada alat EKG di Meranti.	Hasil observasi menunjukkan jumlah monitor pasien di Meranti lebih sedikit dibanding ruang lain.	Keterbatasan alat kesehatan berpotensi menurunkan pemanfaatan tempat tidur.
Sumber Daya Manusia (Struktur)	Keterbatasan tenaga per shift (13 shift perawat) Jumlah tenaga keperawatan belum mencukupi saat terjadi peningkatan jumlah pasien	Rekapitulasi waiting list menunjukkan antrean pasien masuk Meranti relatif panjang.	Hasil observasi menunjukkan pelayanan tetap berjalan dengan pembagian tugas sesuai shift..	Keterbatasan SDM lebih berpengaruh pada kesiapan pelayanan saat beban meningkat

Teknologi dan Sistem Informasi (Struktur)	kendala jaringan/server down menghambat pelaporan data okupansi secara cepat.	Catatan kendala IT menunjukkan keterbatasan perangkat pelaporan di Meranti.	Pelaporan okupansi tampak tertunda pada saat gangguan jaringan/server.	Kendala sistem informasi turut menghambat pemantauan cepat terhadap tempat tidur kosong di Meranti.
Manajemen Pelayanan (Proses)	Meranti berfungsi sebagai ruang penerima titipan sementara dari Akasia/Eboni; pasien titipan tidak selalu tercatat sebagai pasien tetap Meranti.	Catatan penerimaan pasien titipan dari Akasia/Eboni tidak selalu tercatat sebagai pasien tetap Meranti.	Pasien titipan dari ruangan lain menempati tempat tidur Meranti dalam durasi singkat.	Pola penitipan sementara menjadi penyebab BTO overutilization di Meranti meski BOR dan TOI menunjukkan underutilization.

4.4.4 Rawat Inap Akasia

Ruang Akasia mencatat BOR sebesar 89% (melampaui batas atas standar 85%), TOI sebesar 0,49 hari (jauh di bawah batas bawah standar 1 hari), dan BTO sebesar 74 kali (tertinggi di antara seluruh ruangan, jauh di atas batas atas standar 50 kali). Pola ini menunjukkan tekanan permintaan yang sangat tinggi terhadap kapasitas tempat tidur ruang Akasia sebagai ruang perawatan intensif (HCU).

Hasil wawancara mendalam secara konsisten mengaitkan pola ini dengan status Rumah Sakit Universitas Andalas sebagai rumah sakit rujukan tipe B, keterbatasan tenaga, kebijakan farmasi, dan lambatnya koordinasi pada kasus kompleks di luar jam kerja. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

"Kalau di akasia HCU dewasa penempatan tempat tidur ada 19 tempat tidur, kalau untuk kecukupan alat, saat ini insyaallah cukup, kendala yang dihadapi kalau manset monitornya rusak kita menunggu pembelian manset dulu karna kita harus lapor dulu ke IPS medik" (Inf-6)

"Beban kerja masih berat tenaga 1 : 4... mungkin saat dinas karna HCU seperti pasien penkes jadi butuh perhatian khusus untuk tiap pasien harus lebih extra ke pasiennya. Cek rutin perjam jadi terasa kewalahan dengan kapasitas tenaga saat ini" (Inf-6)

"Kalau ruangan penuh kayak di eboni, karu akasia koordinasi dengan meranti untuk ditiptip sementara kesana dulu, karna kalau ga pindah pasiennya akasia tidak bisa menerima pasien HCU yang akan masuk, menumpuk waiting list akasia" (Inf-6)

"Kalau tempat tidur contoh pasien 19 ternyata waiting list kita ada 5 biasanya kita lihat kondisi pasien mana yang bisa dipindahkan ke ruangan biasa tapi kita kontak dulu ke dokter jaga, lalu berlanjut ke dokter spesialis nya, jadi yang waiting list kita naikan, di akasia waiting list ini udah terjadi setiap hari untuk pasien" (Inf-6)

"Karna akasia HCU jadi dulu juga kapasitasnya 17 tempat tidur sekarang naik jadi 19 seperti karna kita rujukan tipe B makanya bor akasia meningkat seperti data" (Inf-6)

"Perhitungan BOR akasia tertinggi, ALOS Eboni yang tertinggi penyebabnya karna pasien yang dari HCU di akasia, nanti pindah rawatan dan lamanya di eboni, TOI eboni jadi rendah karna pasien terisi setiap waktu (padat rawatan), semua 4 rawat inap nya memang diluar daerah efisien semua ya" (Inf-1)

"Monitornya ada 19 pake yang portabel trus untuk pelayanan nya perawat ada katim ada pp nya jadi sesuai tanggung jawabnya sesuai sampai ke jumlah bad akasia 10 ya jadi 5 ruangan TJ nya berdua" (Inf-10)

"Jumlah perawat masih belum mencukupi tapi masih bisa teratasi walaupun tenaga nya kurang... Kalau tenaga ada yang sakit atau ada yang cuti palingan yang agak susah tapi sejauh ini kendala terkait tenaga bisa diatasi, kita yang kekurangan terkait alat kesehatannya, pasien full total kita rawat jadi harus lengkap seluruhnya" (Inf-10)

"Kekurangan alat penginputan karna kita sistem RME jadi kalau alat terbatas agak susah... Kendala RME paling jaringan" (Inf-10)

"Komunikasi oke, kalau situasi yang menantang kan disini pasiennya titipan jadi kalau titipan ini kita ragu, nah pasiennya sedang pemburukan nah kita jadi was-was ya karna lebih banyak dibutuhkan kita dibanding keluarga nya kan" (Inf-10)

"Kalau disini lonjakan pasien ga ada ya karna udah tercatatkan sesuai jumlah tempat tidur 19 pasien, biasanya ruangan lain yang ready untuk menerima" (Inf-10)

Keterbatasan tenaga keperawatan menyulitkan proses sanitasi dan persiapan tempat tidur secara optimal antar pasien HCU, sehingga tempat tidur nyaris tidak pernah kosong (TOI sangat rendah) dan frekuensi pergantian pasien sangat tinggi (BTO tertinggi). Kebijakan jam pemberian obat pulang turut memperlambat proses keluar pasien yang telah stabil, sementara mekanisme koordinasi dan pengambilan keputusan pada kasus kompleks di luar jam kerja normal relatif lebih lambat, sehingga proses realokasi tempat tidur tidak selalu dapat dilakukan secepat kebutuhan permintaan. Keterbatasan alat kesehatan penunjang (bukan monitor utama, melainkan perangkat penginputan RME dan kelengkapan alat kesehatan pendukung) turut disampaikan sebagai kendala oleh perawat pelaksana.

Tabel 4. 11 Matriks Triagulasi Faktor Penyebab BOR Overutilization, TOI Underutilization, dan BTO Overutilization Ruang Akasia

Aspek yang Dinilai	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Sumber Daya Fisik (Struktur)	Kecukupan alat monitor secara umum baik, namun kendala manset rusak dan keterbatasan perangkat penginputan RME menghambat kecepatan pelayanan.	19 tempat tidur HCU, ruangan perawatan dewasa non kelas dengan kapasitas 1, 2, 4, dan 6 tempat tidur, Monitor pasien portabel	Perangkat penginputan data (komputer/tablet) tampak terbatas dibandingkan kebutuhan.	Kendala alat kesehatan pendukung turut memperlambat proses administratif pergantian pasien.
Sumber Daya Manusia (Struktur)	Rasio perawat-pasien 1:4 menyulitkan proses pelayanan total care walaupun secara umum kekurangan tenaga masih dapat teratasi.	Pembagian Jobdesc menunjukkan rasio 1:4 di bawah kebutuhan ideal ruang intensif.	Persiapan tempat tidur berlangsung sangat cepat akibat tekanan waiting list.	Keterbatasan SDM memperkuat pola TOI underutilization dan BTO overutilization di Akasia.

Lingkungan Pelayanan (Struktur)	Status RS rujukan tipe B menyebabkan permintaan layanan HCU sangat tinggi dan konsisten melebihi kapasitas; waiting list terjadi setiap hari.	Riwayat penambahan tempat tidur sebelumnya 17TT menjadi 19 TT tidak sebanding dengan pertumbuhan rujukan HCU dan waiting list tercatat konsisten.	Tempat tidur yang baru kosong langsung terisi kembali dalam hitungan jam.	Tingginya tekanan permintaan rujukan HCU menjadi penyebab utama BOR overutilization di Akasia.
Koordinasi dan pengambilan Keputusan (Proses)	Keputusan pemindahan pasien pada kasus kompleks di luar jam kerja relatif lambat karena perlu koordinasi dengan dokter jaga dan DPJP secara berjenjang.	SOP MOD/MPP belum mengatur batas waktu maksimal pengambilan keputusan realokasi tempat tidur.	Waktu tunggu keputusan pemindahan pasien kompleks di luar jam kerja lebih lama.	Lambatnya pengambilan keputusan pada kasus kompleks menghambat percepatan turnover, meski tekanan permintaan tetap mendorong BTO tinggi.

4.4.5 Pengelolaan Data dan Sistem Informasi Indikator Pelayanan

Seluruh indikator BOR, ALOS, TOI, dan BTO pada empat ruangan yang diteliti dihitung berdasarkan data yang dikelola oleh unit Rekam Medis, sehingga keandalan proses pengelolaan data menjadi faktor lintas ruangan yang berpotensi memengaruhi akurasi capaian indikator pada seluruh ruangan sekaligus, bukan hanya pada satu ruangan tertentu. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

"pengelolaan data rawat inap ada di ruang rekam medis KLPCM namanya analisa kualitatif dan kuantitatif di rekam medis untuk memeriksa kelengkapan pengisian dari DPJP" (Inf-2)

"kalau RME nya kita belum 100% RME ya jadi kita mungkin masi 90% sekitar 10% nya masih ada di unit-unit ruang rawat inap yang masih manual jadi status manual" (Inf-2)

"sebenarnya ada sistem yang menganalisa data-data tersebut secara otomatis tapi untuk validasi apakah data itu benar apa tidak kita kembali lagi ke data manual nanti kita compare datanya sesuai atau tidak di transmedik namanya sistem ya jadi kadang bisa eror jadi dicek kembali dari data-data manual dari kepala ruangan dimasing-masing ruang rawat inap" (Inf-2)

"misalnya jumlah hari rawatan kadang kita kalau mengkompare jumlah hari rawatan di RME dengan manual mungkin kepala ruangan salah menghitung padahal disistem sudah terhitung, sistem biasanya lebih akurat ya dari pada kita yang menghitung, nanti RM akan follow up ke unit-unit rawatan, nanti dikirimkan laporan laporan harian, bisa jadi tenaga dirawatan itu lupa, itu berpengaruh ke hitungan indikator" (Inf-2)

"kalau lingkungan kerjanya memang mempengaruhi karna sekarang kita keterbatasan tenaga ya kebanyakan kita mobile kerja jadi terganggu dibagian koding atau analisa data, karna petugas tersebut juga diperbantukan sebagian layanan itu berefek ke lambatnya pelaporan jadinya tidak sesuai tanggal yang seharusnya dilaporkan" (Inf-2)

"kesalahan yang terjadi itu kadang dari jumlah hari perawatan yaa tidak sesuai antara manual yang dikirim oleh kepala ruangan rawat inap dengan yang disistem tidak sama, atau kurang jadi untuk perhitungan angkanya tidak valid" (Inf-2)

"kalau RME nya sudah baik dari segi aksesnya, menerima informasi dan menginput data pasien, sudah memenuhi dari yang kita butuhkan dalam pelayanan, sistem kita pakai RME (buatan sendiri) dan Transmedik saat ini kendalanya dari trouble di jaringan tapi kita sudah megsuahkan jaringan nya ada backup nya, dari informasi di RME terkait data pasien itu kita juga mempercepat pengambilan keputusan saat terjadi lonjakan pasien, semua data indikator juga berasal dari data data rekam medis tersebut" (Inf-1)

Tabel 4. 12 Matriks Triangulasi Faktor Pengelolaan Data dan Sistem

Aspek yang Dinilai	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Sumber Daya Manusia (Struktur)	Keterbatasan tenaga rekam medis menyebabkan petugas koding/analisis data diperbantukan ke layanan administrasi.	Total 17 Tenaga Administrasi Umum yang bertugas dibidang registrasi, pusat informasi dan rekam medis	petugas koding/analisis data diperbantukan ke layanan administrasi.	Keandalan data indikator yang belum sepenuhnya otomatis berpotensi memengaruhi akurasi BOR/ALOS/TOI/BTO seluruh ruangan.

Teknologi dan Sistem Informasi (Struktur)	RME belum 100% ($\pm 90\%$), sebagian unit masih manual; validasi data manual vs sistem Transmedik dilakukan rutin karena berpotensi selisih.	Validasi data manual vs sistem Transmedik dilakukan rutin karena berpotensi selisih.	Proses validasi data memerlukan waktu tambahan sebelum pelaporan ke manajemen.	Keandalan data indikator yang belum sepenuhnya otomatis berpotensi memengaruhi akurasi BOR/ALOS/TOI/BTO seluruh ruangan.
---	---	--	--	--

4.5 Keterkaitan Faktor terhadap Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Hasil penelitian pada indikator BOR, ALOS, TOI, dan BTO menunjukkan bahwa ketidakefisienan pelayanan rawat inap di empat unit rawat inap RS UNAND tidak hanya berkaitan dengan masing-masing indikator, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor struktur dan proses dengan pola yang berbeda antarruangan. Temuan lintas indikator dan ruangan disajikan pada Tabel 4.13 berikut.

Tabel 4. 13 Sintesis Faktor Struktur dan Proses terhadap Ketidakefisienan Pelayanan Rawat Inap

Faktor	Aspek	Indikator Terdampak	Ruangan Terdampak
Struktur	Keterbatasan sarana pemantauan	BOR, TOI	Sakura, Eboni, Akasia
	Keterbatasan SDM keperawatan	BOR, TOI	Sakura, Meranti
	Sistem informasi/RME belum 100%	BOR, ALOS, TOI, BTO	Sakura, Eboni, Meranti, Akasia
	Ketidaksesuaian SK kelas tempat tidur	BTO, ALOS	Eboni, Meranti
Proses	Keterlambatan <i>discharge planning</i> /obat pulang	TOI, ALOS	Sakura, Eboni, Meranti
	Penitipan berjenjang antarkelas dan Penitipan sementara lintas ruangan	BTO	Sakura, Meranti
	Lambatnya koordinasi realokasi tempat tidur pada kasus kompleks	BTO, TOI	Akasia
	Tingginya tekanan permintaan layanan unggulan (HCU dan onkologi)	BOR, TOI	Akasia, Eboni