



Faktor SDM dalam *Boarding Time* Pasien Anak

Kevin Wijayasaputra Hartono^{1*}, Cahya Tri Purnami², Septo Pawelas Arso³

¹ Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

²⁻³ Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

*Penulis Korespondensi: kevinclementhartono@gmail.com

Abstract. *The phenomenon of boarding time in pediatric patients has become an important national and global issue. The incidence of boarding time in the pediatric emergency room of Dr. Kariadi General Hospital, Semarang, is relatively high (39.7%-51.1%) and has an impact on patient emergencies. The purpose of this study was to analyze the factors that influence boarding time in pediatric patients. The study used a quantitative approach. A sample of 152 parents of pediatric patients in the pediatric emergency room of Dr. Kariadi General Hospital, Semarang, who experienced boarding time (>4 hours) was obtained through purposive sampling. Data were obtained using a questionnaire and then analyzed using descriptive statistics, cross-column tables, and chi-square. The results revealed that factors related to boarding time in the pediatric emergency room of Dr. Kariadi General Hospital, Semarang, were the parents' perceptions of pediatric patients regarding doctors, nurses, and administrative staff. Hospital management needs to pay attention to human resources (doctors, nurses, and administrative staff) to overcome or prevent boarding time by organizing human resource training programs that focus on behavioral or psychological aspects related to patient care*

Keywords: *Administrative Staff, Boarding Time, Doctors, Nurses, Patient' Parents' Perceptions.*

Abstrak. Fenomena *boarding time* pada pasien anak menjadi isu penting secara nasional dan global. Kejadian *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang relatif tinggi (39,7%-51,1%) dan berdampak kegawatan pasien. Tujuan dari penelitian ini menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *boarding time* pada pasien anak. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif. Sampel sebanyak 152 orangtua pasien anak di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang yang mengalami *boarding time* (>4 jam) yang diperoleh secara *purposive sampling*. Data diperoleh menggunakan kuesioner dan kemudian dianalisis menggunakan statistik deskriptif, tabel silang baris kolom dan *chi-square*. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah persepsi orangtua pasien anak mengenai dokter, perawat, dan tenaga administrasi. Manajemen rumah sakit perlu memperhatikan SDM (dokter, perawat, tenaga administrasi) untuk mengatasi atau mencegah *boarding time* dengan menyelenggarakan program-program pelatihan SDM yang berfokus pada aspek perilaku atau psikologis terkait pelayanan kepada pasien

Kata Kunci: Boarding Time, Dokter, Perawat, Persepsi Orangtua Pasien, Staf Administrasi.

1. LATAR BELAKANG

Tingginya *boarding time* di IGD merupakan isu penting dalam pengelolaan di rumah sakit dan hingga saat ini masih ditelusuri penyebab dan model penyelesaian masalah yang tepat (Eliawati & Permanasari, 2020; Ok et al., 2019; Armiani et al., 2020). Pasien *boarding* adalah pasien tinggal di IGD setelah dinyatakan diterima untuk rawat inap di rumah sakit, karena tidak tersedianya tempat tidur rawat inap. Jika awalnya, “kunjungan yang tidak perlu” di IGD dianggap sebagai penyebab utama kepadatan di IGD dan faktor-faktor lainnya, seperti keterlambatan hasil laboratorium dan radiologi, serta peningkatan kunjungan di IGD, namun hasil-hasil studi terbaru mengungkapkan bahwa *boarding* IGD merupakan penyebab paling penting dari kepadatan di IGD (Boudi et al., 2020; Hoot & Aronsky, 2008; Asplin et al., 2003).

Boarding time di IGD menjadi alat yang signifikan untuk mengukur kualitas layanan rumah sakit, karena waktu tunggu dapat mempengaruhi hasil kondisi pasien dan kepuasan pasien (Boudi et al., 2020). *Boarding time* yang lama juga menunjukkan buruknya manajemen sumber daya dan/atau buruknya koordinasi antar departemen. Oleh karena itu, *The Joint Commission International* merekomendasikan *boarding time* tidak boleh lebih dari empat jam demi keselamatan pasien dan kualitas perawatan (Armiani et al., 2020; Feuer et al., 2023). Salah satu IGD yang juga mengalami *boarding time* tinggi adalah IGD anak di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Masalah *boarding time* pada pasien anak di RSUP Dr. Kariadi Semarang perlu mendapatkan perhatian serius. Meski diyakini, *trend boarding time* tinggi dan perlu mendapatkan perhatian, namun faktanya masih belum banyak strategi yang diambil untuk mengatasinya (Feuer et al., 2023). Pernyataan ini sebagaimana hasil pengamatan di RSUP Dr. Kariadi Semarang yang memperlihatkan masih minimnya tenaga kesehatan di IGD anak. Sementara, Feuer et al mengungkapkan telah adanya konsensus tenaga medis dalam penanganan pasien anak di IGD (Feuer et al., 2023).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor SDM yang berhubungan dengan *boarding time* di IGD Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang. Hasil penelitian ini diharapkan diharapkan dapat memberikan informasi untuk bahan pertimbangan dalam menyusun kebijakan atau program untuk mengatasi atau mencegah *boarding time* pasien anak menurut perspektif pasien (persepsi orangtua pasien anak).

2. KAJIAN TEORITIS

The American College of Emergency Physicians mendefinisikan *boarding* sebagai pasien yang tetap di rawat di IGD setelah pasien telah mendapatkan perawatan atau ditetapkan dalam status observasi di fasilitas tersebut, namun belum dipindahkan ke unit rawat inap atau unit observasi (Smalley et al., 2020; Adriansyah et al., 2023). Waktu tunggu pasien di rumah sakit meliputi waktu tunggu di IGD, waktu respon, dan *boarding time*. Waktu tunggu di IGD adalah waktu yang dihitung sejak kedatangan pasien, observasi dan pemberian perawatan, yang dinyatakan dalam menit. Waktu respon adalah indikator kinerja utama dari layanan di IGD, yang diukur sejak pasien tiba hingga menerima layanan pertama dari dokter IGD. *Boarding time* merupakan waktu tunggu untuk diantar ke ruang perawatan intensif. Waktu ini diukur sejak pasien memutuskan untuk dirawat inap hingga diantar ke ruang intensif (Hasanah & Firdausi, 2019; Adriansyah et al., 2023; Gobel et al., 2026). Menurut *Joint Commission International* (JCI) dan *Centre for Medicare & Medical Service* (CMS), waktu tunggu pasien

idealnya tidak lebih dari 4 jam untuk memastikan keselamatan pasien dan meminimalkan risiko komplikasi (Mohr et al., 2020; Gobel et al., 2026; Armiani et al., 2020). Mengacu pada pendapat ini, *boarding time* terjadi jika waktu tunggu pasien untuk diantar ke ruang rawat inap sejak diputuskan ≥ 4 jam.

Untuk menyelidiki faktor-faktor yang mempengaruhi *boarding time* pada pasien anak, peneliti menggunakan Teori Sistem yang dikembangkan oleh Gettman (2006) dan model konseptual kepadatan di IGD (*a conceptual model of emergency departement crowding*) yang dikembangkan oleh Asplin et al (2003). Teori Sistem mengungkapkan bahwa sistem terbentuk dari beberapa subsistem yang saling mempengaruhi. Kendala dari salah satu subsistem akan berdampak terhadap subsistem lainnya dan sistem secara keseluruhan. Pelayanan perawatan kesehatan di IGD melibatkan beberapa subsistem, seperti pra-rumah sakit (*pre-hospital care*), penerimaan dan triase, pelayanan tindakan (*treatment*), penunjang medis (*support system*), dan keluaran (*output/disposition*), sehingga adanya kendala pada satu atau lebih subsistem akan mempengaruhi subsistem lainnya atau keluaran, seperti tingginya *boarding time*. Komponen dalam sistem pelayanan kesehatan meliputi (Gettman, 2006):

1. Provider kesehatan atau tenaga kesehatan

Provider kesehatan atau tenaga kesehatan (SDM) merupakan ujung tombak pelayanan. Kualitas pelayanan sangat bergantung pada kompetensi, profesionalisme, sikap, dan etika para tenaga medis, perawat, apoteker, serta tenaga pendukung lainnya. Pelayanan yang bermutu lahir dari SDM yang terlatih, berdedikasi, dan memiliki empati terhadap pasien. Sumber Daya Manusia yang tidak memadai atau kelelahan berisiko menurunkan mutu dan meningkatkan kejadian insiden keselamatan pasien.

Sumber Daya Manusia di IGD meliputi staf pendaftaran, personel yang melakukan triase, perawat, staf pendukung dan teknisi kesehatan yang bertanggung jawab atas pemeriksaan dan/atau tes. Kualitas dari SDM ini mencakup keramahan dan ketersediaan membantu, serta kompetensi dan profesionalisme. Kualitas dari dokter IGD adalah keramahan dan kesediaan membantu, kompetensi dan profesionalisme, cara dokter menjelaskan masalah kesehatan (diagnosa), penjelasan yang diberikan oleh dokter tentang pemeriksaan yang dilakukan dan tujuan pengobatan yang dijalani, serta informasi yang diberikan tentang tindakan pencegahan yang harus diambil, rekomendasi, dan cara mengonsumsi atau menggunakan obat yang diresepkan (Abass et al., 2021).

2. Pasien: individu yang menerima perawatan, masing-masing dengan kebutuhan dan harapan yang unik, serta partisipasi pasien.

Pasien yang aktif dalam pengambilan keputusan, memahami hak dan kewajibannya, serta memberikan umpan balik terhadap layanan sangat membantu peningkatan mutu. Partisipasi ini menciptakan hubungan kemitraan antara pasien dan penyedia layanan, serta memperkuat rasa saling percaya. Keterlibatan keluarga juga penting, terutama dalam edukasi pasca perawatan dan pemantauan lanjutan.

3. Kebijakan

Kebijakan meliputi peraturan dan pedoman yang mengatur praktik perawatan kesehatan, seperti Standar Operasi Prosedur (SOP) dan sistem pembiayaan. SOP yang jelas, terkini, dan mudah dipahami menjadi pedoman kerja bagi seluruh staf. SOP membantu menjamin bahwa setiap pelayanan dilakukan secara konsisten, aman, dan sesuai dengan standar profesi. Ketidakteraturan dalam penerapan SOP dapat menyebabkan variasi layanan dan meningkatkan risiko kesalahan medis. Evaluasi dan revisi rutin SOP sangat penting agar tetap relevan dengan perkembangan ilmu dan teknologi.

Pembiayaan yang memadai dan berkelanjutan sangat penting untuk menjaga mutu pelayanan. Keterbatasan dana dapat berdampak pada ketersediaan alat, obat, gaji tenaga medis, serta pelatihan staf. Segi lain, sistem pembiayaan yang transparan dan efisien akan mendorong penggunaan sumber daya secara optimal dan akuntabel. Program JKN di Indonesia menjadi contoh sistem pembiayaan yang berpengaruh besar terhadap akses dan mutu layanan.

4. **Teknologi:** Catatan Kesehatan Elektronik (*Electronic Health Records / EHR*), alat-alat diagnostik, dan layanan *telehealth*.
5. **Sumber daya:** fasilitas fisik, sumber daya keuangan, dan obat-obatan.

Sumber daya meliputi fasilitas fisik, sumber daya keuangan, dan obat-obatan. Fasilitas yang memadai seperti ruang perawatan yang bersih dan nyaman, alat medis yang lengkap dan terawat, serta ketersediaan obat yang sesuai sangat mendukung proses pelayanan. Infrastruktur yang buruk akan menghambat efektivitas pelayanan dan berisiko mengganggu keselamatan serta kenyamanan pasien. Contoh: Ruang IGD yang sempit dan alat yang tidak berfungsi dapat memperlambat penanganan gawat darurat.

Kelima komponen di atas akan saling bekerja secara harmonis untuk mencapai hasil yang optimal bagi pasien, sebagaimana dijelaskan sebagai berikut (Gettman, 2006):

1. Hubungan provider kesehatan dan pasien

Hubungan antara provider kesehatan dan pasien merupakan inti dari sistem layanan kesehatan. Komunikasi yang efektif, kepercayaan, dan kolaborasi antara provider kesehatan dan pasien sangat penting untuk mencapai hasil yang memuaskan.

2. Teknologi

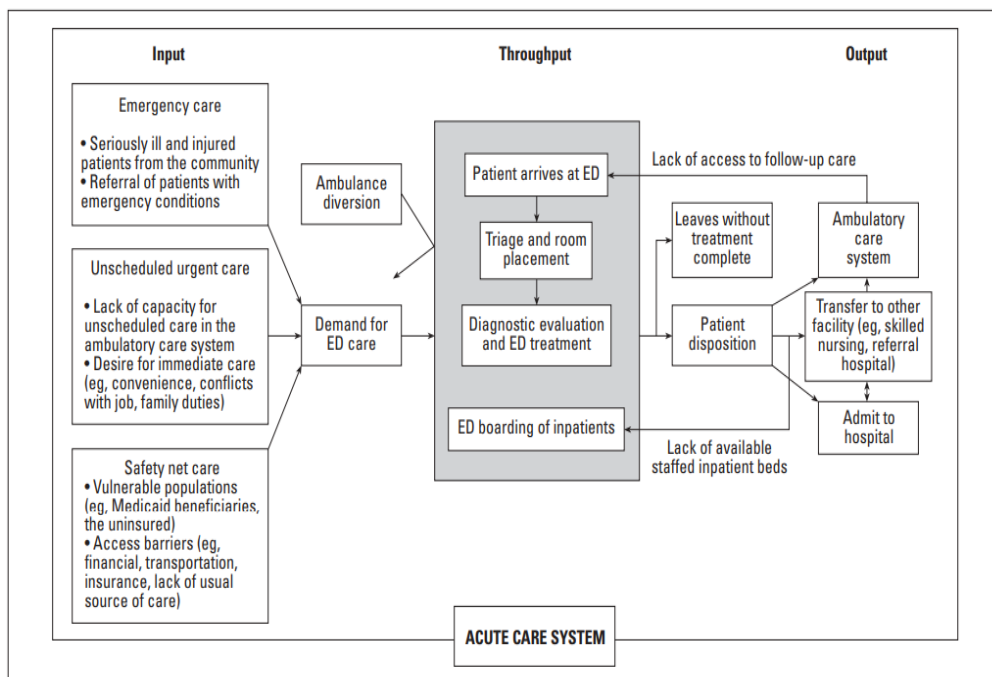
Teknologi memainkan peran krusial dalam perawatan kesehatan dengan meningkatkan komunikasi, meningkatkan diagnostik, dan merampingkan proses administrasi. Teori sistem membantu memahami bagaimana perubahan teknologi dapat mempengaruhi keseluruhan sistem layanan kesehatan.

3. Kebijakan dan regulasi

Kebijakan menetapkan kerangka kerja untuk memberikan layanan kesehatan dan mempengaruhi setiap komponen sistem. Teori sistem menyoroti bagaimana perubahan kebijakan dapat menyebabkan dampak di seluruh sistem.

Secara khusus, manajemen rumah sakit dengan pendekatan sistem adalah suatu cara pandang yang melihat rumah sakit sebagai sebuah sistem yang kompleks, terdiri dari berbagai elemen yang saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Salah satu model manajemen rumah sakit dengan pendekatan sistem adalah model konseptual kepadatan di IGD (*a conceptual model of emergency departement crowding*) yang dikembangkan oleh Asplin et al (2003). Model ini menggambarkan faktor-faktor yang berkontribusi dan solusi potensial terhadap kepadatan di IGD, dengan fokus pada elemen masukan (*input*), proses (*throughput*), hasil (*output*) (Asplin et al., 2003). Model konseptual kepadatan di IGD yang dikembangkan oleh Asplin et al juga dikenal dengan sebutan model I/T/O (Eliawati & Permanasari, 2020).



Gambar 1. *Conceptual Model of Emergency Departement Crowding.*

1. **Komponen Input**

Komponen input mengacu pada setiap kondisi, peristiwa, atau karakteristik sistem yang berkontribusi pada permintaan layanan IGD (Asplin et al., 2003). Komponen input menekan pada faktor-faktor yang berkaitan dengan sumber daya dan arus masuk pasien (Hoot & Aronsky, 2008).

Bagian input dari model I/T/O ini memiliki properti yang mirip dengan model penggunaan layanan kesehatan (*Models of Health Care Use*) yang ada. Contoh, model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan (*Behavioral Model of Healthcare Utilization*) yang dikembangkan oleh Andersen dan Laake tahun 1987. Model ini menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kemungkinan penggunaan layanan kesehatan adalah kebutuhan pasien akan layanan perawatan kesehatan, faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mempengaruhi kemungkinan individu mencari perawatan, dan faktor pemungkin (*enabling factors*) yang mempengaruhi kemampuan individu untuk menerima perawatan (Andersen & Laake, 1987). Interaksi faktor-faktor ini memiliki pengaruh kuat pada tempat dan waktu penggunaan layanan kesehatan.

Model konseptual dari kepadatan di IGD, meskipun tidak melibatkan faktor-faktor pasien untuk berkontribusi pada keputusan mencari perawatan di IGD, namun model ini menjelaskan interaksi antara komponen sistem perawatan kesehatan dan komunitas yang mempengaruhi penggunaan IGD. Selanjutnya, untuk memahami input IGD juga perlu memahami tiga kategori dari perawatan yang diberikan IGD, yaitu (a) perawatan darurat, (b) perawatan mendesak yang tidak terjadwal, dan (c) perawatan jaring pengaman (Asplin et al., 2003) (Gambar 1).

Menurut Asplin et al (2003), faktor input yang mempengaruhi kepadatan di IGD dalam model I/T/O adalah:

- a) Perawatan emergensi: pasien sakit parah (kondisi kritis) dan cedera atau kecelakaan.
- b) Perawatan darurat yang tidak terjadwal: kurangnya kapasitas untuk perawatan tidak terjadwal dalam sistem perawatan jalan, dan keinginan untuk mendapatkan perawatan segera (misalnya, kebutuhan kenyamanan dari pasien dan ketidakmampuan mengakses penyedia layanan kesehatan karena pekerjaan orangtua atau jam sekolah).
- c) Perawatan jaring pengaman: populasi rentan, misalnya, penerima *medicaid* (program layanan kesehatan yang didanai oleh pemerintah untuk masyarakat berpenghasilan rendah atau disabilitas) dan pasien yang tidak memiliki asuransi.
- d) Hambatan akses, seperti keuangan pasien, transportasi, asuransi, dan kurangnya sumber perawatan umum. Sumber perawatan umum, misalnya, kurangnya penyedia layanan

perawatan primer dan subspecialis. Pada pediatri, subspecialis medis dan bedah, serta penyedia layanan subspecialis seringkali berkonsentrasi di kota-kota besar. Selain itu, jumlah subspecialis neurologi, perilaku dan perkembangan, dan psikiatri, sangat terbatas. Kurangnya akses penyedia layanan perawatan primer dan subspecialis menyebabkan IGD menjadi tempat utama untuk perawatan dan penanganan atau pengelolaan keluhan pasien yang rumit, terutama ketika penyedia perawatan primer sulit untuk mengakses subspecialis bagi pasien.

Kajian sistematis yang dilakukan oleh Hoot & Aronsky (2008) mengidentifikasi ada empat faktor yang menyebabkan kepadatan di IGD, yaitu:

- a) Kunjungan non-darurat (*non-urgent visit*). Pasien-pasien dengan tingkat keparahan yang rendah sering mencari perawatan non-darurat di IGD, dengan alasan akses yang tidak memadai atau tidak tepat waktu ke perawatan primer.
- b) Kunjungan dari pasien yang sering datang (*frequent-flyer patients*). Pasien yang sering datang atau pasien yang datang ke IGD sebanyak empat kali atau lebih dalam setahun, menyumbang 14% dari total kunjungan pasien di IGD. Pasien-pasien ini umumnya tidak memiliki keluhan darurat dan menunjukkan “faktor kebutuhan” Andersen untuk perawatan kesehatan, bahkan pasien tersebut lebih tepat memeriksakan diri ke perawatan primer.
- c) Musim influenza (*influenza season*). Musim flu terutama saat puncak musim akan terjadi peningkatan pengalihan ambulan.
- d) Faktor lainnya, seperti adanya penutupan rumah sakit dan volume pasien yang berlebihan, akan meningkatkan kepadatan di IGD.

2. **Komponen *Throughput***

Komponen *throughput* mengidentifikasi lama rawat inap pasien di IGD sebagai faktor potensial yang berkontribusi terhadap kepadatan di IGD (Asplin et al., 2003). Komponen ini mencerminkan faktor-faktor dari alur yang menghambat pelayanan di IGD (Hoot & Aronsky, 2008). Oleh karenanya, komponen ini menyoroti perlunya meninjau proses perawatan IGD secara internal dan memodifikasinya sesuai kebutuhan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitasnya, terutama yang memiliki dampak terbesar pada lama rawat inap dan penggunaan sumber daya di IGD (Asplin et al., 2003).

Komponen *throughput* dari model I/T/O memiliki dua fase, yaitu (Asplin et al., 2003; Eliawati & Permanasari, 2020):

- a) Fase pertama meliputi triase, penempatan kamar dan evaluasi awal penyedia layanan. Beberapa peneliti telah mengidentifikasi strategi baru untuk triase di IGD. Standarisasi

triase di IGD akan memfasilitasi pemahaman umum mengenai beban kerja pasien di IGD. Beberapa IGD juga telah menciptakan proses inovatif untuk menempatkan pasien di kamar dengan cepat dan memulai evaluasi dokter. Beberapa IGD yang sukses menyelesaikan triases dan penempatan kamar dalam waktu 10 menit setelah kedatangan pasien dan evaluasi awal dokter dalam waktu 10 menit setelah penempatan kamar.

- b) Fase kedua dari komponen *throughput* meliputi tes diagnostik dan perawatan IGD. Dalam IGD yang efisien, fase ini biasanya akan menjadi mayoritas dari total waktu *throughput* pasien di IGD. Beberapa faktor yang mempengaruhi waktu *throughput* selama fase ini adalah kekompakan tim perawatan pasien, tata letak fisik UGD, rasio perawat dan dokter, efisiensi dan penggunaan tes diagnostik (misalnya, laboratorium dan radiologi), aksesibilitas informasi medis, kualitas dokumentasi dan sistem komunikasi, serta ketersediaan konsultasi spesialis yang tepat waktu.

Kajian sistematik yang dilakukan oleh Hoot dan Aronsky (2008) mengidentifikasi ada dua faktor terkait *throughput* yang menyebabkan kepadatan di IGD yaitu:

- a) SDM. Kekurangan SDM, khususnya tenaga kesehatan (dokter dan perawat), merupakan faktor yang menyebabkan kepadatan di IGD. Schneider et al (2003) menemukan bahwa IGD yang padat, rata-rata seorang perawat merawat 4 pasien secara bersamaan dan rata-rata seorang dokter merawat 10 pasien secara bersamaan. Schull et al (2003) menemukan bahwa kekurangan dokter dan perawat triase menyebabkan pasien harus menunggu lebih lama untuk mendapatkan perawatan.
- b) Jumlah IGD terbatas mendorong peningkatan kepadatan pasien karena jumlah pasien justru terus meningkat setiap tahunnya.
- c) Penggunaan layanan tambahan, seperti pemindaian tomografi komputer (*CT scan*) dan prosedur lainnya, memperpanjang lamanya masa tinggal di IGD.

3. **Komponen Output**

Komponen output mencerminkan hambatan di bagian lain dari sistem perawatan kesehatan yang dapat mempengaruhi kinerja IGD⁷. Penanganan pasien IGD yang tidak efisien berkontribusi pada kepadatan pasien rawat inap dan pulang. Alasan yang paling sering dikutip untuk kepadatan di IGD adalah ketidakmampuan untuk memindahkan pasien rawat inap dari IGD ke tempat tidur rawat inap. Masalah ini memaksa IGD untuk menampung pasien rawat inap hingga tempat tidur rawat inap tersedia, yang secara efektif mengurangi kapasitas IGD untuk merawat pasien baru. Penempatan pasien rawat inap di IGD juga disebut sebagai penentu terpenting pengalihan ambulans. Perawatan

berkelanjutan untuk pasien rawat inap rumah sakit yang tetap berada di IGD menghabiskan sumber daya keperawatan dan dokter serta dapat menunda evaluasi pasien baru. Penyebab dan konsekuensi penempatan pasien rawat inap di IGD mungkin menjadi area terpenting untuk penelitian segera dan strategi operasional guna mengurangi kepadatan di IGD.

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap rawat inap di IGD. Contohnya termasuk kurangnya tempat tidur rawat inap fisik; kurangnya ketersediaan tempat tidur rawat inap karena rasio perawat terhadap pasien tidak memadai atau tidak fleksibel, tindakan pencegahan isolasi, atau keterlambatan dalam membersihkan kamar setelah pemulangan pasien; ketergantungan yang berlebihan pada perawatan intensif atau tempat tidur telemetri; layanan diagnostik dan penunjang yang tidak efisien di unit rawat inap; dan keterlambatan dalam memulangkan pasien rawat inap ke fasilitas perawatan pasca akut.

Kekurangan perawat merupakan faktor utama bagi ketersediaan tempat tidur. Kekurangan ini telah mendorong rumah sakit dan para pembuat kebijakan untuk mengembangkan berbagai program untuk mempertahankan dan memperluas tenaga perawat. Kepentingan relatif dari faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketersediaan tempat tidur rawat inap yang tidak memadai kemungkinan bervariasi berdasarkan wilayah dan rumah sakit.

Ketika pasien dipulangkan dari IGD, perawatan berkelanjutan layanan diagnostik dan terapi seringkali dibutuhkan. Ketersediaan janji temu tindak lanjut yang tepat waktu di sistem perawatan rawat jalan sekali lagi dapat menciptakan masalah kapasitas; namun, hal ini sekarang menciptakan hambatan output daripada permintaan input untuk IGD. Waktu dihabiskan oleh penyedia IGD untuk mengatur tindak lanjut yang tepat dapat merusak efisiensi perawatan dan memperpanjang lamanya tinggal di IGD. Selain itu, ketika pengaturan yang memadai untuk perawatan tindak lanjut rawat jalan tidak dapat dilakukan, dokter gawat darurat lebih mungkin menerima pasien ke rumah sakit. Misalnya, perawatan rawat jalan mungkin cocok untuk pasien tertentu dengan kondisi sementara serangan iskemik jika mereka memiliki tindak lanjut yang andal dan tepat waktu perawatan lanjutan. Namun, jika perawatan lanjutan yang tepat tidak dapat diatur, pasien-pasien ini kemungkinan akan dirawat, menempati tempat tidur pasien rawat inap yang seharusnya bisa digunakan untuk pasien lainnya.

Hambatan akses layanan rawat jalan yang dialami oleh populasi rentan (misalnya, pasien yang tidak memiliki asuransi, penerima manfaat *medicaid*, pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan biasa) menciptakan dilema bagi penyedia layanan darurat

yang mencoba mengatur perawatan lanjutan yang tepat. Proses ini bisa memakan waktu dan tidak efisien, dan bagi banyak pasien, akhirnya tidak berhasil.

Pasien yang tidak dapat memperoleh perawatan lanjutan seringkali kembali ke IGD jika kondisi mereka tidak membaik atau memburuk. Model ini mengilustrasikan masalah ini dengan membawa sebagian pasien yang sudah pulang kembali ke IGD untuk perawatan lebih lanjut. Pasien yang pulang sebelum menyelesaikan perawatan juga dapat kembali ke IGD. Tingkat kunjungan IGD kembali yang tidak terjadwal dalam waktu 48 jam setelah keluar dari IGD, mungkin merupakan ukuran yang berguna untuk menentukan apakah pemulangan pasien IGD tidak tepat atau akses yang tidak memadai terhadap perawatan lanjutan.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan waktu cross-sectional. Variabel penelitian terdiri dari boarding time pasien anak sebagai variabel dependen, serta persepsi orangtua anak mengenai dokter, perawat, dan tenaga administrasi sebagai variabel independen.

Sampel adalah orangtua dari pasien anak yang baru pertama kali menggunakan layanan perawatan di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang yang mengalami boarding time (≥ 4 jam) dan pembiayaan menggunakan BPJS. Jumlah sampel sebanyak 152 orang yang diperoleh secara purposive sampling.

Boarding time pada pasien anak adalah lama waktu yang dibutuhkan oleh seorang pasien anak untuk diantar ke ruang rawat inap sejak diputuskan untuk mendapatkan perawatan di ruang rawat inap. Menurut standar RSUP DR. Kariadi Semarang, pasien anak dianggap mengalami *boarding time* jika waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan ruang rawat inap ≥ 4 jam. Indikator variabel ini adalah durasi waktu *boarding time* yang dinyatakan dalam jam. Skala pengukuran adalah nominal, yaitu nilai 1 jika durasi waktu boarding time tidak lama (*boarding time* 4-24 jam) dan nilai 2 jika durasi waktu *boarding time* lama (*boarding time* >24 jam).

Persepsi orangtua pasien anak mengenai dokter adalah penilaian orangtua pasien IGD anak mengenai sikap dan perilaku dokter dalam memberikan perawatan kesehatan kepada pasien di IGD anak. Indikator dari variabel ini adalah ramah, penuh perhatian, mudah dihubungi, memeriksa pasien dengan menyakinkan, tampilan menarik dan menyakinkan, menjelaskan prosedur perawatan dan hasilnya, memberikan saran penting saat dibutuhkan, mendengarkan seksama informasi orangtua pasien, menjelaskan dengan cara yang mudah

dipahami, meluangkan cukup waktu, memberitahu obat yang dikonsumsi pasien, dan menjelaskan kemungkinan efek samping obat. Skala pengukuran adalah nominal, yaitu kategori kurang baik (skor 24-43) dan diberi nilai 1; sedangkan kategori baik (skor 44-55) dan diberi nilai 2.

Persepsi orangtua pasien anak mengenai perawat adalah penilaian orangtua pasien IGD anak mengenai sikap dan perilaku perawat dalam memberikan perawatan kesehatan kepada pasien di IGD anak. Indikator dari variabel ini adalah ramah, penuh perhatian, mudah dihubungi, cara menyampaikan informasi menyakinkan, tampilan menarik dan menyakinkan, membantu orangtua mengingatkan saran dokter, membantu orangtua pasien merawat anaknya, mendengarkan dengan sabar keluhan orangtua pasien, dan membantu orangtua pasien mencari informasi perkembangan ketersediaan kamar. Skala pengukuran adalah nominal, yaitu kategori kurang baik (skor 23-38) dan diberi nilai 1; sedangkan kategori baik (skor 39-47) dan diberi nilai 2.

Persepsi orangtua pasien anak mengenai tenaga administrasi adalah penilaian orangtua pasien IGD anak mengenai sikap dan perilaku staf administrasi dalam melayani pasien IGD anak. Indikator dari variabel ini adalah menerima pasien dengan ramah, segera memberikan pelayanan administrasi kepada pasien IGD yang datang, menjelaskan dengan Bahasa yang mudah dipahami mengenai biaya dan prosedur awal, memberikan informasi dengan jelas mengenai alur rawat inap, dan menginformasikan update ketersediaan ruang rawat inap. Skala pengukuran adalah nominal, yaitu kategori kurang baik (skor 10-16) dan diberi nilai 1; sedangkan kategori baik (skor 17-23) dan diberi nilai 2.

Variabel penelitian diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Dokter memiliki 12 item dengan skala Likert 1-5. Semakin mendekati angka 5 berarti semakin sangat setuju dengan pernyataan yang ada, dan sebaliknya semakin mendekati angka 1 berarti semakin sangat tidak setuju dengan pernyataan yang ada. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik ($r = 0,729-0,841$; $\alpha = 0,955$)

Kuesioner Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Perawat memiliki 10 item dengan skala Likert 1-5. Semakin mendekati angka 5 berarti semakin sangat setuju dengan pernyataan yang ada, dan sebaliknya semakin mendekati angka 1 berarti semakin sangat tidak setuju dengan pernyataan yang ada. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik ($r = 0,483-0,889$; $\alpha = 0,932$)

Kuesioner Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Tenaga Administrasi memiliki 5 item dengan skala Likert 1-5. Semakin mendekati angka 5 berarti semakin sangat setuju dengan pernyataan yang ada, dan sebaliknya semakin mendekati angka 1 berarti semakin sangat tidak

setuju dengan pernyataan yang ada. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik ($r = 0,536-0,766$; $\alpha = 0,863$)

Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menggunakan statistik deskriptif, berupa frekuensi dan persentase; sedangkan analisis bivariat menggunakan tabel silang baris kolom dan *chi-square*. Pengolahan data dibantu menggunakan program SPSS versi 22.0 for Windows.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN (Sub judul level 1)

Karakteristik Responden

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Responden.

No.	Karakteristik	Jumlah	%
Jenis Kelamin Pasien Anak			
1.	Laki-laki	65	42,76
2.	Perempuan	87	57,24
Usia Pasien Anak			
1.	0-2 Tahun	34	22,37
2.	3-6 Tahun	58	38,16
3.	7-12 Tahun	46	30,26
4.	13-18 Tahun	14	9,21
Jenis Kelamin Orangtua			
1.	Laki-laki	59	38,82
2.	Perempuan	93	61,18
Usia Orangtua			
1.	20-30 Tahun	12	7,89
2.	31-40 Tahun	39	25,66
3.	41-50 Tahun	55	36,18
4.	51-60 Tahun	41	26,97
5.	>60 Tahun	5	3,29
Pendidikan			
1.	Tidak Sekolah	5	3,29
2.	SD	9	5,92
3.	SMP	23	15,13
4.	SMA	53	34,87

5.	D1-D3	7	4,61
6.	Sarjana (S1 dan S2)	55	36,18
Pekerjaan			
1.	ASN/ POLISI / TNI	40	26,32
2.	BUMN / BUMD	10	6,58
3.	Swasta	65	42,76
4.	Wirausaha	30	19,74
5.	Pedagang / Petani	7	4,61
Tempat Tinggal			
1.	Dalam Semarang	72	47,37
2.	Luar Semarang	80	52,63
Kendaraan yang digunakan untuk sampai ke IGD			
1.	Kendaraan Pribadi	67	44,08
2.	Kendaraan Umum	85	55,92
Jenis Ruang Rawat Inap yang Dipilih			
1.	Kelas 3	40	26,32
2.	Kelas 2	77	50,66
3.	Kelas 1	35	23,03

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Tabel 1 memperlihatkan bahwa mayoritas pasien anak yang mengalami *boarding time* di RSUP. Dr. Kariadi Semarang adalah berjenis kelamin perempuan (57,24%) dan berusia 3-6 tahun (38,16%). Sementara orangtua dari pasien anak yang mengalami *boarding time* mayoritas perempuan (61,18%), berusia 31-40 tahun (36,18%), pendidikan SMA (34,87%), dan bekerja sebagai karyawan swasta (42,76%). Selain itu, mayoritas pasien berasal dari luar Semarang (52,63%) dan sampai ke IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang menggunakan kendaraan umum (seperti transportasi umum atau ambulans desa). Rata-rata pasien memilih di ruang rawat inap kelas 2 (50,66%)

Hasil Statistik Deskriptif

Tabel 2. Gambaran *Boarding Time* di IGD Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang.

No.	<i>Boarding Time</i>	Jumlah	%
<i>Durasi Waktu Boarding Time</i>			
1.	4-24 Jam (Durasi Tidak Lama)	115	75,7
2.	>24 Jam (Durasi Lama)	37	24,3

Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Durasi Waktu *Boarding Time*

1. Tidak Lama	10	6,6
2. Lama	142	93,4
Jumlah	152	100

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Menurut standar RSUP Dr. Kariadi Semarang, *boarding time* terjadi jika waktu tunggu pasien sejak ditetapkan untuk memperoleh rawat inap hingga memperoleh ruang lebih dari atau sama dengan 4 jam. Tabel 2 memperlihatkan bahwa durasi *boarding time* pada pasien anak di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang antara 4-24 jam dan > 24 jam, dengan sebagian besar memiliki durasi waktu 4-24 jam (75,7%). Persepsi orangtua pasien anak terhadap durasi waktu *boarding time* yang ada, sebagian besar (93,4%) merasa bahwa durasi waktu tersebut tergolong lama. Adapun alasan yang dikemukakan oleh orangtua pasien anak yang merasa durasi waktu dari *boarding time* tergolong lama karena rasa khawatir atau rasa takut terhadap kondisi anak. Lamanya *boarding time* memungkinkan anak mereka mengalami kondisi yang “lebih parah”. Sementara, orangtua pasien anak yang merasa durasi waktu dari *boarding time* tergolong kurang lama karena fokus merawat kebutuhan anak (contoh: tindakan supaya anak tidak rewel) sehingga “tidak merasakan *boarding time*”, serta percaya bahwa tindakan yang dilakukan oleh rumah sakit sudah sesuai prosedur (Sumber: jawaban terbuka dari kuesioner *boarding time*).

Tabel 3. Kategori Tanggapan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Dokter.

No.	Persepsi Orangtua Pasien Mengenai terhadap Dokter	Jumlah	%
1.	Kurang Baik (Skor 24-43)	62	40,8
2.	Baik (Skor 44-55)	90	59,2
Jumlah		152	100,0

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Tabel 3. memperlihatkan bahwa persepsi responden mengenai dokter kategori baik sebanyak 90 orang (59,2%) dan kurang baik sebanyak 62 orang (40,8%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki persepsi yang cenderung baik mengenai sikap dan kemampuan dokter IGD anak dalam melakukan perawatan kepada pasien anak.

Tabel 4. Kategori Tanggapan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Perawat.

No.	Persepsi terhadap Perawat	Jumlah	%
1.	Kurang Baik (Skor 23-38)	54	35,5
2.	Baik (Skor 39-47)	98	64,5
Jumlah		152	100,0

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Tabel 4. memperlihatkan bahwa persepsi responden mengenai perawat kategori baik sebanyak 98 orang (64,5%) dan kurang baik sebanyak 54 orang (35,5%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki persepsi yang cenderung baik mengenai sikap dan kemampuan perawat IGD anak dalam melakukan perawatan kepada pasien.

Tabel 5. Kategori Tanggapan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Tenaga Administrasi.

No.	Persepsi terhadap Tenaga Administrasi	Jumlah	%
1.	Kurang Baik (Skor 10-17)	74	48,7
2.	Baik (Skor 18-23)	78	51,3
Jumlah		152	100,0

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Tabel 5. memperlihatkan bahwa persepsi orangtua mengenai tenaga administrasi kategori baik sebanyak 78 orang (51,3%) dan kurang baik sebanyak 74 orang (48,7%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki persepsi yang cenderung baik mengenai sikap dan kemampuan tenaga administrasi IGD anak dalam melayani hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan administrasi pasien di IGD dan rawat inap.

Hasil Tabel Silang Baris Kolom dan *Chi-Square*

Tabel 6. Hubungan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Dokter dengan *Boarding Time* di IGD Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang.

No.	Persepsi terhadap Dokter	<i>Boarding Time</i>		Jumlah	χ^2 dan p	C
		Tidak Lama (4-24 Jam)	Lama (> 24 Jam)			
1.	Kurang Baik	31 (50,0%)	31 (50,0%)	62 (100,0%)	$\chi^2 = 37,430$ p = 0,000 (p<0,05)	0,445
2.	Baik	84 (93,3%)	6 (6,7%)	90 (100,0%)		

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi baik mengenai dokter lebih banyak (93,3%) yang mengalami *boarding time* dalam durasi tidak lama (4-24 jam) dibandingkan dengan persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi kurang baik mengenai dokter (50%). Secara statistik terbukti bahwa adanya hubungan yang signifikan antara persepsi orangtua pasien anak mengenai dokter dengan *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi

Semarang moderat ($\chi^2 = 37,430$; $p = 0,000$), dan kekuatan hubungan tersebut tergolong sedang ($C = 0,445$).

Tabel 7. Hubungan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Perawat dengan *Boarding Time* di IGD Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang.

No.	Persepsi terhadap Perawat	<i>Boarding Time</i>		Jumlah	χ^2 dan p	C
		Tidak Lama (4-24 Jam)	Lama (> 24 Jam)			
1.	Kurang Baik	21 (38,9%)	33 (61,1%)	54 (100,0%)	$\chi^2 = 61,484$ $p = 0,000$ ($p < 0,05$)	0,537
2.	Baik	94 (95,9%)	4 (4,1%)	98 (100,0%)		

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi baik mengenai perawat lebih banyak (95,9%) yang mengalami *boarding time* dalam durasi tidak lama (4-24 jam) dibandingkan dengan persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi kurang baik mengenai perawat (38,9%). Secara statistik terbukti bahwa adanya hubungan yang signifikan antara persepsi orangtua pasien anak mengenai perawat dengan *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang ($\chi^2 = 61,484$; $p = 0,000$), dan kekuatan hubungan tersebut tergolong sedang ($C = 0,537$).

Tabel 8. Hubungan Persepsi Orangtua Pasien Anak Mengenai Tenaga Administrasi dengan *Boarding Time* di IGD Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang.

No.	Persepsi terhadap Tenaga Administrasi	<i>Boarding Time</i>		Jumlah	χ^2 dan p	C
		Tidak Lama (4-24 Jam)	Lama (> 24 Jam)			
1.	Kurang Baik	41 (55,4%)	33 (44,6%)	74 (100,0%)	$\chi^2 = 32,116$ $p = 0,000$ ($p < 0,05$)	0,418
2.	Baik	74 (94,9%)	4 (5,1%)	78 (100,0%)		

Sumber: Data primer yang diolah (2026)

Persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi baik mengenai tenaga administrasi lebih banyak (94,9%) yang mengalami *boarding time* dalam durasi tidak lama (4-24 jam) dibandingkan dengan persentase orangtua pasien yang memiliki persepsi kurang baik mengenai tenaga administrasi (55,4%). Secara statistik terbukti bahwa adanya hubungan yang signifikan antara persepsi orangtua pasien anak mengenai tenaga administrasi dengan *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang ($\chi^2 = 32,116$; $p = 0,000$), dan kekuatan hubungan tersebut tergolong sedang ($C = 0,418$).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Faktor-faktor yang berhubungan dengan *boarding time* di IGD anak RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah persepsi orangtua pasien anak mengenai dokter, persepsi orangtua pasien anak mengenai perawat, persepsi orangtua pasien anak mengenai tenaga administrasi. Faktor yang memiliki kekuatan hubungan paling besar adalah persepsi orangtua pasien anak mengenai perawat, sedangkan faktor yang memiliki kekuatan hubungan paling kecil adalah persepsi orangtua pasien anak mengenai tenaga administrasi.

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa SDM (dokter, perawat, tenaga administrasi) berhubungan dengan *boarding time*, sehingga faktor ini perlu mendapatkan perhatian, khususnya dalam pembentukan sikap dan perilaku. RSUP Dr. Kariadi Semarang telah memiliki program-program pelatihan SDM, namun masih berfokus pada kompetensi. Oleh karenanya disarankan untuk memberikan pelatihan yang berfokus pada aspek perilaku atau psikologis terkait pelayanan kepada pasien. Keluarga pasien perlu memahami alur / mekanisme kegawatan yang ada di rumah sakit sehingga dapat mendorong proses pelayanan kesehatan dengan efisien. Penelitian ini terbatas pada pasien anak di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang yang memiliki kekhasan tersendiri (rumah sakit rujukan utama), sehingga hasil ini belum bisa menggambarkan masalah *boarding time* secara umum. Oleh karenanya, untuk penelitian mendatang perlunya memperluas jenis rumah sakit

DAFTAR REFERENSI

- Abass, G., Asery, A., Badr, A. Al, Maghlouth, A. Al, Otaiby, S. Al, & Heena, H. (2021). Patient satisfaction with the emergency department services at an academic teaching hospital. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10, 1718-1725. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe>
https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_8_20
- Adriansyah, A. A., Firdausi, N. J., Lestari, T., Widodo, K. H., & Sa'adah, N. (2023). Exploring waiting time, waste, and resources used for boarding patients in the emergency

- department. *Bali Medical Journal*, 12(2), 1953-1958. <https://doi.org/10.15562/bmj.v12i2.4318>
- Andersen, A. S., & Laake, P. (1987). A model for physician utilization within 2 weeks: Analysis of Norwegian Data. *Medical Care*, 25(4), 300-310. <https://doi.org/10.1097/00005650-198704000-00004>
- Armiani, A. S., Yustiawan, T., & Prabawati, E. (2020). Identifying the factors associated with emergency boarding time. *JUMMEC*, 23, 220-225.
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173-180. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
- Boudi, Z., Lauque, D., Alsabri, M., Östlundh, L., Oneyji, C., Khalemsky, A., Rial, C. L., Liu, S. W., Camargo, C. A., Aburawi, E., Moeckel, M., Slagman, A., Christ, M., Singer, A., Tazarourte, K., Rathlev, N. K., Grossman, S. A., & Bellou, A. (2020). Association between boarding in the emergency department and in-hospital mortality: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(4), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231253>
- Eliawati, U., & Permanasari, V. Y. (2020). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Lamanya Waktu Tunggu Rawat Inap (Boarding Time) di UGD RS Awal Bros Pekanbaru Tahun 2018. *Journal of Hospital Administration and Management*, 1(1), 14-24. <https://doi.org/10.54973/jham.v1i1.51>
- Feuer, V., Mooneyham, G. L. C., & Malas, N. M. (2023). Addressing the Pediatric Mental Health Crisis in Emergency Departments in the US: Findings of a National Pediatric Boarding Consensus Panel. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 64(6), 501-511. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.06.003>
- Gettman, D. (2006). Using Systems Theory to Enhance Healthcare System Efficiency and Integration: A Holistic Approach. *Special Presentation during Required Course Entitled Introduction to Pharmacy and Health Care Systems (PHA0100)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18009.43362>
- Gobel, R. A., Yusuf, Z. K., & Aziz, M. N. S. A. (2026). Overview of Patient Boarding Time At the Emergency Installation of Toto Kabila Hospital. *International Journal of Health, Economics, and Social Sciences (IJHESS)*, 8(1), 418-428. <https://doi.org/10.56338/ijhess.v8i1.10050>
- Hasanah, U., & Firdausi, N. J. (2019). Boarding Time and Patient Satisfaction at The Emergency Department. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 7-11. <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i1.2019.6-10>
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- Mohr, N. M., Wessman, B. T., Bassin, B., Elie-Turenne, M. C., Ellender, T., Emler, L. L., Ginsberg, Z., Gunnerson, K., Jones, K. M., Kram, B., Marcolini, E., & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *JACEP Open*, 1(4), 423-431. <https://doi.org/10.1002/emp2.12107>

- Ok, M., Choi, A., Kim, M. J., Roh, Y. H., Park, I., Chung, S. P., & Kim, J. H. (2019). Emergency short-stay wards and boarding time in emergency departments: A propensity-score matching study. *American Journal of Emergency Medicine*, 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.12.014>
- Smalley, C. M., Simon, E. L., Meldon, S. W., Muir, M. R., Briskin, I., Crane, S., Delgado, F., Borden, B. L., & Fertel, B. S. (2020). The impact of hospital boarding on the emergency department waiting room. *JACEP Open*, 1, 1052-1059. <https://doi.org/10.1002/emp2.12100>