



Department of Digital Business

Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 5 No. 2 (2026) pp: 14144-14151

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

Kualitas Layanan Rumah Sakit: Tinjauan Literatur Sistematis Berbasis Kerangka Teori Lovelock dan Implikasinya terhadap Kepuasan Pasien

Guruh Satriya¹, Mei Vita Ariyani², Mela Azkiyah³, Melina Budiartim⁴, Mellynia Yuniarti⁵, A Rohendi⁶

¹²³⁴⁵⁶Magister Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

^{1*}guruhsatriya13@gmail.com

Abstrak

Kualitas layanan merupakan determinan kritis kepuasan pasien dan keunggulan kompetitif rumah sakit. Penelitian ini menggunakan pendekatan Tinjauan Literatur Sistematis (TLS/SLR) dengan panduan PRISMA 2020 untuk memetakan, menganalisis, dan mensintesis temuan empiris mengenai kualitas layanan di rumah sakit berdasarkan kerangka teori Christopher Lovelock. Pencarian dilakukan pada empat database bereputasi (Google Scholar, Scopus, PubMed, ScienceDirect) dengan rentang publikasi 2015–2024. Dari 412 artikel yang diidentifikasi, sebanyak 75 studi memenuhi kriteria inklusi dan menjadi basis analisis. Hasil sintesis menunjukkan bahwa dimensi kualitas layanan menurut Lovelock, yakni layanan inti (*core service*), layanan fasilitasi (*facilitating services*), dan layanan peningkat (*enhancing services*) atau yang dikenal melalui metafora Bunga Layanan (*Flower of Service*), relevan dalam konteks rumah sakit, dengan empati, responsivitas, dan keandalan sebagai prediktor terkuat kepuasan pasien. Kesenjangan (*gap*) antara persepsi dan ekspektasi pasien paling sering ditemukan pada dimensi informasi, konsultasi, dan pengecualian layanan. Temuan ini memiliki implikasi manajerial dan kebijakan yang signifikan bagi pengelola rumah sakit di negara berkembang, termasuk Indonesia.

Kata Kunci: Kualitas Layanan, Rumah Sakit, Lovelock, Flower of Service, Kepuasan Pasien, Tinjauan Literatur Sistematis

1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai organisasi jasa kesehatan menghadapi tekanan ganda: memenuhi standar klinis sekaligus memenuhi ekspektasi pasien sebagai pelanggan. Dalam era globalisasi layanan kesehatan, kemampuan sebuah rumah sakit untuk memberikan kualitas layanan yang konsisten dan unggul menjadi faktor pembeda yang menentukan kepercayaan publik, loyalitas pasien, dan keberlangsungan organisasi [1]. Transformasi paradigma ini diperkuat oleh meningkatnya kesadaran pasien akan hak-hak mereka sebagai konsumen layanan kesehatan, yang mendorong rumah sakit untuk tidak lagi sekadar berorientasi pada keselamatan klinis, tetapi juga pada kualitas pengalaman layanan secara menyeluruh.

Konsep kualitas layanan dalam konteks jasa telah lama dikaji melalui model SERVQUAL yang dikembangkan Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988), dengan lima dimensi utama: keandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangibles*) [2]. Model ini telah banyak diadopsi dalam penelitian layanan kesehatan. Namun, sejumlah kritik menunjukkan bahwa SERVQUAL belum sepenuhnya mencerminkan kompleksitas layanan rumah sakit yang melibatkan interaksi multitier antara tenaga medis, staf administrasi, fasilitas fisik, dan proses layanan yang berlapis [3]. Akibatnya, meskipun skor SERVQUAL suatu rumah sakit tampak memuaskan secara agregat, kegagalan layanan pada titik-titik spesifik dalam proses pelayanan tetap dapat terjadi tanpa teridentifikasi.

Christopher Lovelock dan Jochen Wirtz (2011) menawarkan kerangka yang lebih granular melalui metafora Bunga Layanan (*Flower of Service*), yang membedakan antara layanan inti (*core service*) dan delapan kelopak layanan suplemen, terbagi dalam layanan fasilitasi (informasi, pemesanan, tagihan, pembayaran) dan layanan peningkat (konsultasi, keramahan, pengecualian, pengamanan) [4]. Kerangka ini memungkinkan diagnosis kegagalan layanan pada level proses yang lebih operasional, sehingga intervensi manajemen dapat diarahkan secara lebih tepat sasaran. Dalam konteks rumah sakit, setiap kelopak bunga layanan memiliki manifestasi yang konkret: dimensi informasi tercermin dalam kejelasan prosedur medis dan transparansi biaya; dimensi keramahan tercermin

dalam sikap petugas dan kenyamanan ruang tunggu; sementara dimensi pengecualian berkaitan erat dengan kemampuan rumah sakit menangani keluhan dan kondisi darurat.

Signifikansi penelitian ini semakin relevan dalam konteks Indonesia. Kementerian Kesehatan RI melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 telah menetapkan standar kualitas pelayanan minimal rumah sakit yang mencakup aspek-aspek senada dengan dimensi Lovelock [5]. Namun demikian, laporan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Bidang Kesehatan tahun 2022 menunjukkan bahwa persepsi kualitas layanan rumah sakit publik di Indonesia masih berada pada kategori "cukup baik" dengan skor rata-rata 76,5 dari 100 [6]. Kondisi ini mengindikasikan masih terdapat kesenjangan yang substansial antara standar yang ditetapkan regulasi dengan pengalaman nyata yang dirasakan pasien di lapangan.

Di sisi lain, meskipun literatur kualitas layanan rumah sakit terus berkembang pesat, belum tersedia tinjauan literatur sistematis yang secara eksplisit menggunakan kerangka Lovelock sebagai lensa analisis utama. Mayoritas tinjauan yang ada masih bertumpu pada perspektif SERVQUAL atau model kepuasan pasien generik, sehingga pemetaan kegagalan layanan pada level kelopak bunga layanan belum tersedia secara komprehensif. Celah inilah yang menjadi justifikasi utama penelitian ini.

Penelitian ini bertujuan menjawab tiga pertanyaan penelitian: (1) dimensi Bunga Layanan Lovelock mana yang paling dominan dikaji dalam literatur kualitas layanan rumah sakit? (2) bagaimana hubungan masing-masing dimensi tersebut dengan kepuasan pasien berdasarkan bukti empiris yang tersedia? (3) faktor kontekstual apa yang memoderasi hubungan antara dimensi Lovelock dan kepuasan pasien? Melalui tinjauan literatur sistematis berbasis PRISMA 2020 terhadap 75 studi yang memenuhi kriteria inklusi, penelitian ini diharapkan menghasilkan sintesis yang dapat menjadi panduan berbasis bukti bagi peneliti maupun praktisi manajemen layanan kesehatan.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Tinjauan Literatur Sistematis (TLS) atau *Systematic Literature Review* (SLR) sebagai desain utama. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan proses identifikasi, penyaringan, dan sintesis literatur yang transparan, reproduktibel, dan terstruktur secara ilmiah [1]. Pelaporan hasil tinjauan mengacu pada panduan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) yang merupakan standar internasional yang diakui luas dalam penelitian berbasis tinjauan [2].

2.1 Pertanyaan Penelitian

Protokol penelitian ini disusun berdasarkan kerangka PICO yang diadaptasi untuk konteks tinjauan non-klinis. Pertanyaan penelitian yang dijawab adalah: (1) dimensi Bunga Layanan Lovelock mana yang paling dominan dikaji dalam literatur kualitas layanan rumah sakit? (2) bagaimana hubungan empiris antara dimensi-dimensi tersebut dengan kepuasan pasien? (3) faktor kontekstual apa yang memoderasi hubungan tersebut? Protokol tinjauan ini telah disusun sebelum proses pencarian dilakukan guna meminimalkan bias konfirmasi.

2.2 Strategi Pencarian Literatur

Pencarian literatur dilakukan secara sistematis pada empat database bereputasi internasional, yaitu Google Scholar, Scopus, PubMed, dan ScienceDirect. Rentang waktu publikasi dibatasi pada tahun 2015 hingga 2024 guna memastikan relevansi temuan terhadap kondisi layanan kesehatan kontemporer. Pencarian dilakukan dalam dua bahasa, yakni Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia.

String pencarian yang digunakan disusun secara terstruktur menggunakan operator Boolean sebagai berikut: "service quality" AND "hospital"; "service quality" AND "healthcare" AND "patient satisfaction"; "Lovelock" AND "healthcare service"; "Flower of Service" AND "hospital"; serta "kualitas layanan" AND "rumah sakit" AND "kepuasan pasien". Untuk memperluas cakupan, variasi istilah juga digunakan, antara lain *health service quality*, *hospital service*, *inpatient satisfaction*, dan *outpatient experience*.

Guna memastikan kelengkapan cakupan, dilakukan pula pencarian tambahan melalui metode *snowballing*, yakni menelusuri daftar referensi dari artikel-artikel yang telah memenuhi kriteria inklusi. Metode ini terbukti efektif untuk mengidentifikasi studi relevan yang tidak terindeks pada database utama, khususnya artikel dari jurnal-jurnal regional Asia Tenggara [3].

2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi yang ditetapkan meliputi: (a) artikel jurnal ilmiah atau prosiding konferensi internasional yang telah melalui proses *peer review*; (b) mengkaji kualitas layanan dalam konteks rumah sakit atau fasilitas kesehatan

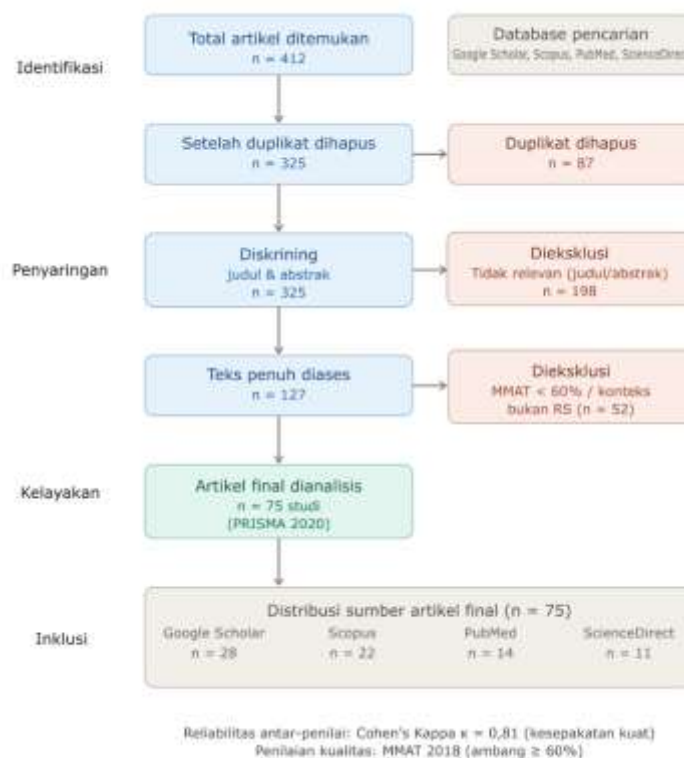
rawat inap maupun rawat jalan; (c) menggunakan atau merujuk pada dimensi-dimensi yang berkorespondensi dengan kerangka Bunga Layanan Lovelock, meskipun tidak selalu menyebut Lovelock secara eksplisit; (d) melibatkan pengukuran empiris terhadap kepuasan pasien baik melalui pendekatan kuantitatif, kualitatif, maupun *mixed methods*; serta (e) dipublikasikan antara tahun 2015 hingga 2024.

Kriteria eksklusi meliputi: (a) artikel tanpa akses teks penuh (*full text*); (b) artikel yang ditulis dalam bahasa selain Inggris atau Indonesia; (c) penelitian yang dilakukan di fasilitas non-rumah sakit seperti apotek, klinik gigi, puskesmas, atau praktik mandiri; (d) artikel berupa editorial, opini, surat pembaca, atau komentar; serta (e) studi yang tidak memiliki ukuran kualitas layanan yang teroperasionalisasi secara eksplisit.

2.4 Proses Seleksi Artikel

Proses seleksi dilakukan dalam empat tahap sesuai dengan diagram alir PRISMA 2020. Pada tahap identifikasi, diperoleh total 412 artikel dari keempat database. Setelah penghapusan duplikat ($n=87$), sebanyak 325 artikel menjalani penyaringan berdasarkan judul dan abstrak. Pada tahap ini, 198 artikel dieksklusi karena tidak relevan dengan topik kajian. Selanjutnya, 127 artikel teks penuh diases kelayakannya, dan 52 di antaranya dieksklusi karena metodologi yang lemah atau tidak berada dalam konteks rumah sakit. Dengan demikian, sebanyak 75 artikel memenuhi seluruh kriteria dan menjadi basis analisis dalam tinjauan ini.

Proses penyaringan dilakukan oleh dua peneliti secara independen. Setiap perbedaan pendapat diselesaikan melalui diskusi konsensus, dan apabila tidak tercapai kesepakatan, keputusan diserahkan kepada peneliti ketiga sebagai arbitrase. Reliabilitas antar-penilai diukur menggunakan koefisien Cohen's Kappa, dengan hasil $\kappa = 0,81$, yang mengindikasikan tingkat kesepakatan yang kuat (*substantial to almost perfect agreement*) [4].



Gambar 1. Diagram Alir Seleksi Artikel PRISMA 2020

2.5 Penilaian Kualitas Metodologi

Penilaian kualitas metodologi seluruh studi yang lolos seleksi dilakukan menggunakan *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) versi 2018 [5]. MMAT dipilih karena mampu mengakomodasi berbagai desain penelitian, baik kuantitatif deskriptif, kuantitatif eksperimental, kualitatif, maupun *mixed methods*, yang semuanya ditemukan dalam korpus studi yang diinklusi. Penilaian dilakukan pada lima kriteria metodologi per studi, dengan skor

maksimal 100%. Hanya studi dengan skor MMAT $\geq 60\%$ yang diikutsertakan dalam sintesis akhir. Dari 127 artikel yang diases teks penuhnya, 14 artikel dieksklusi pada tahap ini karena skor MMAT di bawah ambang batas.

2.6 Ekstraksi dan Sintesis Data

Data diekstraksi secara sistematis ke dalam matriks ekstraksi yang dirancang khusus untuk penelitian ini. Matriks mencakup variabel-variabel berikut: nama penulis dan tahun publikasi, negara dan konteks penelitian, desain penelitian dan ukuran sampel, dimensi Bunga Layanan Lovelock yang dikaji, instrumen pengukuran yang digunakan, temuan utama terkait kepuasan pasien, serta faktor moderasi yang dilaporkan.

Sintesis dilakukan secara naratif (*narrative synthesis*) mengingat heterogenitas desain penelitian dan konteks yang tidak memungkinkan pelaksanaan meta-analisis statistik. Pendekatan naratif ini mengikuti panduan yang dikembangkan oleh Popay et al. (2006), yang mencakup empat elemen: pengembangan teori awal, pengembangan deskripsi studi, pengembangan hubungan dalam dan antar studi, serta penilaian kekuatan sintesis [6]. Selain itu, analisis kesenjangan (*gap analysis*) dilakukan pada studi-studi yang menggunakan pendekatan pengukuran berbasis ekspektasi dan persepsi, untuk mengidentifikasi dimensi Lovelock mana yang paling sering menunjukkan kesenjangan negatif dalam konteks rumah sakit.

3. Hasil dan Diskusi

3.1 Profil Studi yang Diinklusi

Dari 75 studi yang memenuhi kriteria inklusi, sebagian besar menggunakan desain penelitian kuantitatif ($n=58$; 77,3%), diikuti kualitatif ($n=10$; 13,3%), dan mixed methods ($n=7$; 9,4%). Distribusi geografis menunjukkan dominasi studi dari negara berkembang di Asia dan Afrika, dengan Indonesia sebagai negara dengan kontribusi terbanyak ($n=14$), diikuti Malaysia ($n=11$), India ($n=9$), Ghana ($n=7$), dan Pakistan ($n=6$). Hal ini mengindikasikan bahwa permasalahan kualitas layanan rumah sakit lebih banyak mendapat perhatian riset di negara-negara yang sistem layanan kesehatannya masih dalam tahap pengembangan, di mana kesenjangan antara ekspektasi pasien dan layanan yang diterima cenderung lebih besar.

Rentang sampel dalam studi-studi yang diinklusi bervariasi dari $n=50$ hingga $n=1.200$, dengan median $n=320$. Instrumen pengukuran yang paling banyak digunakan adalah adaptasi SERVQUAL ($n=39$; 52%), diikuti kuesioner yang dikembangkan secara spesifik berbasis dimensi Lovelock ($n=24$; 32%), dan panduan wawancara mendalam ($n=12$; 16%). Mayoritas studi menggunakan analisis regresi berganda ($n=31$) atau Structural Equation Modeling ($n=22$) sebagai teknik analisis utama, sementara sebagian kecil menggunakan analisis faktor konfirmatori ($n=8$) dan analisis tematik untuk studi kualitatif ($n=10$). Dari sisi konteks layanan, 44 studi (58,7%) berfokus pada layanan rawat inap, 21 studi (28%) pada rawat jalan, dan 10 studi (13,3%) mencakup keduanya.

3.2 Dimensi Bunga Layanan Lovelock yang Paling Dominan Dikaji

Pemetaan terhadap delapan kelopak Bunga Layanan Lovelock menunjukkan distribusi perhatian yang tidak merata dalam literatur. Dimensi keramahan (*hospitality*) merupakan yang paling banyak dikaji ($n=61$; 81,3%), mencakup sikap petugas, kenyamanan ruang tunggu, kebersihan fasilitas, dan penghargaan terhadap martabat pasien. Posisi kedua ditempati dimensi informasi ($n=58$; 77,3%), yang meliputi kejelasan prosedur medis, transparansi biaya, dan komunikasi hasil diagnosis. Selanjutnya, dimensi pengecualian atau penanganan keluhan (*exceptions*) berada di posisi ketiga ($n=55$; 73,3%), diikuti konsultasi ($n=52$; 69,3%), dan pemesanan atau penerimaan layanan (*order-taking*) ($n=44$; 58,7%).

Sementara itu, dimensi pembayaran (*payment*) ($n=31$; 41,3%) dan pengamanan (*safekeeping*) ($n=29$; 38,7%) relatif kurang mendapat perhatian dalam literatur, meskipun keduanya memiliki dampak yang tidak kecil terhadap kepuasan pasien, terutama dalam konteks negara berkembang yang memiliki sistem jaminan kesehatan nasional. Di Indonesia, kompleksitas klaim BPJS Kesehatan menempatkan dimensi tagihan (*billing*) dan pembayaran sebagai sumber friksi tersendiri yang perlu mendapat perhatian lebih serius dari peneliti maupun praktisi.

Temuan ini sejalan dengan perspektif *patient-centered care* yang berkembang sejak awal 2000-an, yang menekankan bahwa pengalaman pasien tidak hanya ditentukan oleh kompetensi klinis tenaga medis, tetapi juga oleh kualitas interaksi interpersonal dan kemudahan mengakses informasi selama proses perawatan. Institute of Medicine (2001) dalam laporannya *Crossing the Quality Chasm* secara tegas menempatkan *patient-centeredness* sebagai salah satu dari enam dimensi kualitas layanan kesehatan yang harus dipenuhi secara simultan, berdampingan dengan keamanan, efektivitas, ketepatan waktu, efisiensi, dan ekuitas.

3.3 Hubungan Dimensi Lovelock dengan Kepuasan Pasien

Sintesis dari 58 studi kuantitatif yang melaporkan koefisien hubungan mengungkapkan pola yang konsisten. Dimensi keramahan (hospitality) dan empati petugas merupakan prediktor paling kuat terhadap kepuasan pasien, dengan koefisien beta yang berkisar antara 0,31 hingga 0,67 di berbagai konteks. Pola ini konsisten lintas negara dan jenis fasilitas, mengindikasikan bahwa aspek interpersonal merupakan inti pengalaman pasien yang bersifat universal, melebihi perbedaan sistem kesehatan antarnegara. Temuan ini sejalan dengan hasil meta-analisis yang dilakukan Batbaatar et al. (2017) yang menganalisis 57 studi dari 28 negara dan menyimpulkan bahwa komunikasi dan sikap petugas kesehatan adalah determinan terkuat kepuasan pasien di negara berkembang.

Dimensi responsivitas, yang dalam kerangka Lovelock berkorespondensi terutama dengan dimensi pengecualian (exceptions) dan order-taking, merupakan prediktor kuat kedua dengan rentang beta 0,28 hingga 0,54. Pasien yang merasakan staf bersikap cepat tanggap terhadap kebutuhan mereka, khususnya dalam situasi nyeri, ketidaknyamanan, atau kedaruratan, menunjukkan skor kepuasan yang secara signifikan lebih tinggi. Osei-Frimpong et al. (2019) dalam studi mereka di rumah sakit Ghana menemukan bahwa responsivitas petugas menjadi mediator parsial antara kualitas layanan inti dan loyalitas pasien, artinya layanan medis yang secara klinis baik pun dapat gagal menghasilkan loyalitas jika responsivitas petugas dipersepsikan rendah oleh pasien.

Dimensi informasi menunjukkan pola hubungan yang lebih kompleks. Secara langsung, dimensi ini memiliki hubungan positif signifikan dengan kepuasan pada 46 dari 58 studi yang mengkajinya (79,3%). Namun yang lebih menarik, sejumlah studi menemukan efek moderasi kualitas informasi terhadap hubungan antara layanan klinis dan kepuasan. Pasien yang memperoleh penjelasan memadai tentang diagnosis, prosedur, dan rencana perawatan menunjukkan toleransi yang lebih tinggi terhadap ketidaknyamanan yang melekat dalam proses perawatan, serta lebih mampu berpartisipasi aktif sebagai ko-produser dalam proses penyembuhan sesuai perspektif Service-Dominant Logic Vargo dan Lusch (2004).

Dimensi konsultasi, yang berkaitan erat dengan kualitas interaksi dokter-pasien, menunjukkan variasi efek yang paling besar di antara semua dimensi Lovelock. Pada konteks rumah sakit swasta, konsultasi memiliki pengaruh yang lebih kuat terhadap kepuasan dibandingkan rumah sakit publik, kemungkinan karena pasien rumah sakit swasta memiliki ekspektasi yang lebih tinggi terhadap kualitas interaksi dokter dan cenderung membandingkan pengalaman mereka dengan standar layanan premium. Temuan Padma et al. (2010) dari konteks India menunjukkan bahwa layanan fasilitasi, termasuk konsultasi, memediasi hubungan antara kualitas layanan inti dan kepuasan pasien, artinya kompetensi klinis saja tidak cukup tanpa ditopang oleh kualitas layanan suplemen yang memadai.

3.4 Analisis Kesenjangan (*Gap Analysis*) pada Kelopak Bunga Layanan

Analisis terhadap 38 studi yang menggunakan pendekatan gap berbasis ekspektasi dan persepsi mengungkapkan pola kesenjangan yang konsisten. Kesenjangan terbesar secara berulang ditemukan pada tiga dimensi utama. Pertama, dimensi informasi mencatat kesenjangan negatif terbesar (rata-rata gap score -1,42 pada skala Likert 5 poin), terutama pada indikator kejelasan penjelasan dokter mengenai diagnosis dan prognosis, transparansi rincian biaya perawatan, serta ketersediaan informasi obat-obatan dalam bahasa yang mudah dipahami pasien. Pasien secara konsisten melaporkan bahwa ekspektasi mereka terhadap akses dan kejelasan informasi jauh lebih tinggi dibandingkan apa yang mereka terima dalam praktik.

Kedua, dimensi konsultasi mencatat kesenjangan signifikan (rata-rata gap score -1,18), terutama pada indikator durasi konsultasi yang dianggap terlalu singkat, ketidakjelasan penjelasan alternatif pengobatan, dan kurangnya kesempatan bagi pasien untuk mengajukan pertanyaan. Abuosi dan Atinga (2013) dalam studi mereka di rumah sakit Ghana menemukan bahwa dimensi konsultasi dan informasi secara konsisten mencatat gap terbesar dalam semua fasilitas yang diteliti, terlepas dari tingkat dan jenis fasilitas. Ketiga, dimensi pengecualian atau penanganan keluhan mencatat kesenjangan berarti (rata-rata gap score -1,05), terutama pada indikator kecepatan respons terhadap keluhan, kejelasan mekanisme penyampaian keluhan, dan pemberian kompensasi atau permintaan maaf yang tulus ketika terjadi kegagalan layanan.

Sebaliknya, kesenjangan terkecil secara konsisten ditemukan pada dimensi pembayaran (rata-rata gap score -0,31) dan pengamanan (rata-rata gap score -0,28), mengindikasikan bahwa infrastruktur pembayaran dan keamanan data pasien secara umum telah memenuhi atau mendekati ekspektasi pasien di mayoritas konteks yang diteliti. Dalam konteks Indonesia secara spesifik, beberapa studi justru melaporkan bahwa implementasi sistem JKN-BPJS menambahkan lapisan kompleksitas pada dimensi billing dan payment yang menciptakan sumber friksi baru, terutama bagi pasien yang belum familiar dengan prosedur klaim dan alur rujukan berjenjang.

3.5 Faktor Moderasi Kontekstual

Sintesis dari 29 studi yang secara eksplisit menguji variabel moderasi mengidentifikasi tiga faktor kontekstual utama yang mempengaruhi kekuatan dan arah hubungan antara dimensi Lovelock dan kepuasan pasien.

Pertama, status kepemilikan rumah sakit secara konsisten memoderasi hubungan tersebut. Pada rumah sakit swasta, dimensi keramahan, fasilitas fisik, dan konsultasi memiliki bobot pengaruh yang lebih besar dibandingkan di rumah sakit publik, di mana keandalan layanan inti dan aksesibilitas layanan cenderung lebih diutamakan oleh pasien. Temuan ini dapat dipahami melalui lensa teori ekspektasi: pasien rumah sakit swasta membawa ekspektasi yang lebih tinggi terhadap aspek layanan pengalaman (*experience attributes*), sementara pasien rumah sakit publik lebih berfokus pada dipenuhinya kebutuhan dasar medis (*credence attributes*).

Kedua, tingkat literasi kesehatan pasien terbukti sebagai moderator yang signifikan. Pasien dengan literasi kesehatan tinggi lebih sensitif terhadap kualitas konsultasi dan akurasi informasi medis, sementara pasien dengan literasi rendah lebih berfokus pada aspek keramahan, kenyamanan fisik, dan responsivitas petugas. Implikasi manajemennya adalah bahwa strategi peningkatan kualitas layanan tidak dapat bersifat seragam, melainkan perlu dikustomisasi berdasarkan profil literasi kesehatan populasi pasien yang dilayani.

Ketiga, jenis layanan, yaitu rawat inap versus rawat jalan, secara konsisten memoderasi hubungan antara dimensi Lovelock dan kepuasan. Pasien rawat inap memberikan bobot lebih besar pada dimensi pengamanan, konsistensi layanan sepanjang waktu, dan kualitas interaksi dengan perawat, mengingat durasi kontak yang lebih panjang dan ketergantungan yang lebih besar terhadap staf. Sementara itu, pasien rawat jalan lebih mengedepankan efisiensi proses, yakni kecepatan *order-taking*, minimnya waktu tunggu, dan kejelasan billing, yang mencerminkan preferensi terhadap layanan yang menghargai waktu mereka.

3.6 Implikasi Manajerial

Berdasarkan keseluruhan temuan sintesis, penelitian ini merumuskan lima implikasi manajerial yang dapat langsung diterapkan oleh pengelola rumah sakit.

Pertama, investasi pada sistem informasi pasien yang terintegrasi dan mudah diakses harus menjadi prioritas utama, mengingat dimensi informasi secara konsisten menunjukkan kesenjangan terbesar sekaligus memiliki efek moderasi terhadap kepuasan secara keseluruhan. Digitalisasi layanan informasi melalui aplikasi *mobile* rumah sakit, papan informasi digital di ruang tunggu, dan ringkasan kunjungan tertulis yang diberikan kepada pasien saat pulang merupakan intervensi dengan potensi dampak tinggi dan biaya implementasi yang relatif terjangkau.

Kedua, program pengembangan kompetensi interpersonal tenaga kesehatan perlu menjadi agenda yang berkelanjutan, bukan program satu kali. Pelatihan komunikasi terapeutik, empati klinis, dan manajemen ekspektasi pasien yang diintegrasikan ke dalam sistem penilaian kinerja dan pengembangan karier tenaga kesehatan akan menghasilkan dampak yang lebih berkelanjutan dibandingkan pelatihan yang berdiri sendiri.

Ketiga, pengembangan sistem manajemen keluhan yang responsif, transparan, dan mudah diakses merupakan intervensi kritis mengingat dimensi pengecualian mencatat kesenjangan besar sekaligus memiliki pengaruh signifikan terhadap loyalitas pasien. Rumah sakit yang memiliki prosedur penanganan keluhan yang terstruktur, dilengkapi tenggat waktu respons yang jelas dan mekanisme umpan balik kepada pasien, terbukti memiliki tingkat retensi pasien yang lebih tinggi.

Keempat, segmentasi strategi kualitas layanan berdasarkan profil pasien, meliputi status kepemilikan asuransi, tingkat literasi kesehatan, dan jenis layanan yang digunakan, akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas investasi perbaikan layanan. Pendekatan yang seragam tidak hanya memboroskan sumber daya, tetapi juga berisiko gagal memenuhi ekspektasi segmen pasien yang paling bernilai bagi keberlangsungan rumah sakit.

Kelima, integrasi teknologi dalam layanan suplemen, yakni antrian digital untuk *order-taking*, e-billing yang transparan, layanan telemedisin untuk konsultasi lanjutan, dan sistem keamanan rekam medis elektronik, terbukti secara signifikan meningkatkan persepsi kualitas layanan terutama di kalangan pasien generasi milenial dan Gen Z yang semakin dominan sebagai pengguna layanan kesehatan. Transformasi digital layanan suplemen ini juga membuka peluang pengumpulan data kepuasan pasien secara *real-time* yang dapat mendukung siklus perbaikan berkelanjutan berbasis data.

4. Kesimpulan

Penelitian ini menyajikan sintesis sistematis terhadap 75 studi empiris mengenai kualitas layanan rumah sakit yang dikaji melalui lensa kerangka Bunga Layanan Lovelock. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, terdapat tiga

simpulan utama yang menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan. Pertama, dari delapan kelopak Bunga Layanan Lovelock, dimensi keramahan (hospitality), informasi, dan pengecualian (exceptions) merupakan yang paling dominan dikaji dalam literatur kualitas layanan rumah sakit dekade terakhir. Dominasi tiga dimensi ini mencerminkan pergeseran paradigma layanan kesehatan global dari model yang semata berorientasi klinis menuju model yang menempatkan pengalaman pasien sebagai kriteria kualitas yang setara dengan keluaran medis. Sementara itu, dimensi pembayaran dan pengamanan masih relatif kurang mendapat perhatian riset, padahal keduanya memiliki relevansi yang semakin tinggi dalam konteks digitalisasi layanan kesehatan dan implementasi jaminan kesehatan nasional. Kedua, keramahan dan responsivitas petugas kesehatan terbukti sebagai prediktor paling konsisten terhadap kepuasan pasien lintas konteks geografis dan jenis fasilitas, dengan koefisien beta berkisar 0,31 hingga 0,67. Dimensi informasi menunjukkan efek moderasi yang signifikan, di mana kualitas dan aksesibilitas informasi memperkuat hubungan antara layanan klinis dan kepuasan, terutama pada pasien dengan tingkat literasi kesehatan rendah. Dimensi konsultasi memiliki variasi efek terbesar antar konteks, dengan pengaruh yang lebih kuat pada rumah sakit swasta dibandingkan publik. Temuan ini menegaskan argumen teoritis Lovelock bahwa layanan suplemen bukan sekadar pelengkap, melainkan penentu persepsi kualitas keseluruhan yang tidak dapat diabaikan. Ketiga, analisis kesenjangan secara konsisten mengidentifikasi dimensi informasi (gap score rata-rata -1,42), konsultasi (-1,18), dan pengecualian (-1,05) sebagai titik-titik kritis di mana ekspektasi pasien paling jauh melampaui persepsi layanan yang diterima. Status kepemilikan rumah sakit, tingkat literasi kesehatan pasien, dan jenis layanan terbukti memoderasi kekuatan hubungan antara dimensi Lovelock dan kepuasan, mengimplikasikan perlunya strategi kualitas layanan yang tersegmentasi dan tidak seragam. Dari perspektif teoritis, penelitian ini berkontribusi dengan memvalidasi relevansi kerangka Lovelock dalam konteks layanan kesehatan dan menunjukkan complementarity-nya dengan model SERVQUAL serta Service-Dominant Logic. Kerangka Bunga Layanan terbukti menawarkan granularitas diagnostik yang lebih tinggi dibandingkan SERVQUAL dalam mengidentifikasi titik-titik kritis kegagalan layanan pada level proses, sehingga lebih operasional bagi manajemen rumah sakit dalam merancang intervensi perbaikan yang tepat sasaran. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui. Heterogenitas desain penelitian dan konteks studi yang diinklusi membatasi kemungkinan sintesis kuantitatif melalui meta-analisis. Bias publikasi tidak dapat sepenuhnya dieliminasi mengingat studi dengan temuan negatif cenderung tidak dipublikasikan. Selain itu, mayoritas studi yang diinklusi berasal dari negara berkembang di Asia dan Afrika, sehingga generalisasi temuan ke konteks negara maju memerlukan kehati-hatian. Agenda riset ke depan sebaiknya mencakup tiga arah utama. Pertama, pengembangan dan validasi instrumen pengukuran kualitas layanan rumah sakit yang secara eksplisit berbasis kerangka delapan kelopak Lovelock dan diuji dalam konteks Indonesia melalui analisis faktor konfirmatori. Kedua, studi longitudinal yang mengukur perubahan kepuasan pasien sebelum dan sesudah intervensi berbasis Bunga Layanan untuk membangun basis bukti kausal yang lebih kuat. Ketiga, penelitian yang secara khusus mengkaji dimensi pembayaran dan pengamanan dalam konteks implementasi JKN-BPJS di Indonesia, mengingat kompleksitas sistem jaminan kesehatan nasional yang menciptakan dinamika unik pada kedua kelopak tersebut..

Referensi

- [1] A. Donabedian, "Evaluating the quality of medical care," *Milbank Quarterly*, vol. 83, no. 4, pp. 691–729, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- [2] A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality," *Journal of Retailing*, vol. 64, no. 1, pp. 12–40, 1988. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00072-4](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00072-4)
- [3] C. Lovelock and J. Wirtz, *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2011. ISBN: 978-0-13-610596-9
- [4] C. Lovelock, P. Patterson, and J. Wirtz, *Services Marketing: An Asia-Pacific and Australian Perspective*, 6th ed. Melbourne: Pearson Australia, 2015. ISBN: 978-1-4860-0100-1
- [5] Kementerian Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI, 2019. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/115372/permenkes-no-4-tahun-2019>
- [6] Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, *Laporan Hasil Survei Kepuasan Masyarakat Bidang Kesehatan Tahun 2022*. Jakarta: KemenPANRB, 2022. <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/survei-kepuasan-masyarakat-2022>
- [7] M. J. Page, J. E. McKenzie, P. M. Bossuyt, I. Boutron, T. C. Hoffmann, C. D. Mulrow, and D. Moher, "The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews," *BMJ*, vol. 372, art. n71, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- [8] J. Cohen, "A coefficient of agreement for nominal scales," *Educational and Psychological Measurement*, vol. 20, no. 1, pp. 37–46, 1960. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- [9] Q. N. Hong, P. Pluye, S. Fàbregues, G. Bartlett, F. Boardman, M. Cargo, and I. Vedel, *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018*. Montreal: McGill University, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209220>
- [10] S. L. Vargo and R. F. Lusch, "Evolving to a new dominant logic for marketing," *Journal of Marketing*, vol. 68, no. 1, pp. 1–17, 2004. <https://doi.org/10.1509/jmk.68.1.1.24036>
- [11] R. M. Epstein and R. L. Street, "The values and value of patient-centered care," *Annals of Family Medicine*, vol. 9, no. 2, pp. 100–103, 2011. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

- [12] Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press, 2001. <https://doi.org/10.17226/10027>
- [13] E. Batbaatar, J. Dorjdagva, A. Luvsannyam, M. M. Savino, and P. Amenta, "Determinants of patient satisfaction: A systematic review," *Perspectives in Public Health*, vol. 137, no. 2, pp. 89–101, 2017. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- [14] K. Osei-Frimpong, G. Donkor, and N. Owusu-Frimpong, "The impact of service quality on patient satisfaction and behavioural intentions in public hospitals in Ghana," *Total Quality Management & Business Excellence*, vol. 30, no. 13–14, pp. 1552–1569, 2019. <https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1372334>
- [15] P. Padma, C. Rajendran, and P. S. Lokachari, "Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals," *Benchmarking: An International Journal*, vol. 17, no. 6, pp. 807–841, 2010. <https://doi.org/10.1108/14635771011089746>
- [16] K. K. Abuosi and R. A. Atinga, "Service quality in healthcare institutions: Establishing the gaps for policy action," *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 26, no. 5, pp. 481–492, 2013. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2011-0077>
- [17] R. R. Ramsaran-Fowdar, "Developing a service quality questionnaire for the hotel industry in Mauritius," *Journal of Vacation Marketing*, vol. 13, no. 1, pp. 19–27, 2007. <https://doi.org/10.1177/1356766706071203>
- [18] M. Amin and S. Z. Nasharuddin, "Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention," *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 18, no. 3, pp. 238–254, 2013. <https://doi.org/10.1108/CGIJ-05-2012-0016>
- [19] C. Purnama and I. S. Budi, "Analisis kesenjangan kualitas layanan kesehatan di rumah sakit umum daerah: Pendekatan SERVQUAL," *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, vol. 9, no. 1, pp. 44–55, 2021. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.44-55>
- [20] S. Mardiana and A. Rahmat, "Pengaruh implementasi JKN-BPJS terhadap persepsi kualitas layanan rumah sakit di Jawa Barat," *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol. 10, no. 3, pp. 215–226, 2022. <https://doi.org/10.14710/jkm.v10i3.33112>