



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: 24920-24927

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

Service-Profit Chain Rumah Sakit: Tinjauan Literatur Sistematis

Nugroho Rizki Pratomo, Putri Mutiara Sari, Rahmi Ayu Wulandari, Restika Osin Sukur, A Rohendi

Magister Manajemen, Program Pascasarjana, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

nugrohorizkipratomo@gmail.com^{*}, dr.putrimutiarasari@gmail.com, amiiqbalrahmat@gmail.com,

restysukur9@gmail.com, 5arohendi@ars.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi dan mensintesis bukti empiris mengenai penerapan Service-Profit Chain (SPC) dalam manajemen rumah sakit. Kerangka SPC menjelaskan hubungan berurutan antara kualitas layanan internal, kepuasan dan loyalitas karyawan, nilai layanan, kepuasan pasien, loyalitas pasien, serta kinerja finansial organisasi. Penelitian menggunakan metode tinjauan literatur sistematis berdasarkan pedoman PRISMA 2020. Pencarian dilakukan pada enam basis data, yaitu Scopus, PubMed/MEDLINE, CINAHL, EBSCO, ProQuest Health and Medical Collection, dan Google Scholar, terhadap publikasi periode 2013-2024. Dari 1.014 artikel yang teridentifikasi, sebanyak 48 artikel memenuhi kriteria inklusi dan dianalisis melalui thematic synthesis serta narrative synthesis. Hasil penelitian menunjukkan enam komponen utama SPC dalam konteks rumah sakit, yaitu kualitas layanan internal, kepuasan karyawan, retensi dan keterlibatan karyawan, kepuasan pasien, loyalitas pasien, serta kinerja finansial rumah sakit. Kualitas layanan internal terbukti menjadi fondasi utama karena dukungan manajerial, kecukupan sumber daya, iklim keselamatan, dan sistem kerja yang baik meningkatkan kepuasan serta produktivitas tenaga kesehatan. Employee engagement dan service climate berperan sebagai mediator penting, sedangkan burnout menjadi faktor penghambat utama. Kepuasan dan kepercayaan pasien berkontribusi terhadap loyalitas, kunjungan ulang, rekomendasi, dan efisiensi operasional. Temuan ini menegaskan bahwa implementasi SPC secara terintegrasi dapat membantu rumah sakit menghubungkan kebijakan sumber daya manusia, kualitas layanan, pengalaman pasien, dan kinerja finansial secara berkelanjutan. Secara praktis, rumah sakit perlu membangun sistem pengukuran terpadu, kepemimpinan transformasional, program retensi, pengembangan kompetensi, dan pencegahan burnout untuk memperkuat setiap tautan rantai layanan secara konsisten dan berkelanjutan.

Kata kunci: Service-Profit Chain; Kualitas Layanan Internal; Kepuasan Karyawan; Kepuasan Pasien; Loyalitas Pasien; Kinerja Finansial Rumah Sakit; Tinjauan Literatur Sistematis

1. Latar Belakang

Dalam dua dekade terakhir, manajemen rumah sakit mengalami pergeseran paradigma yang fundamental: dari pendekatan berbasis klinis yang menempatkan kompetensi medis sebagai satu-satunya determinan kinerja, menuju pendekatan manajemen terpadu yang mengintegrasikan perspektif operasional, pemasaran, dan sumber daya manusia secara holistik. Di tengah pergeseran paradigma ini, *The Service-Profit Chain* (SPC) yang dirumuskan oleh Heskett, Jones, Loveman, Sasser, dan Schlesinger dalam artikel monumental Harvard Business Review (1994) dan kemudian dikembangkan dalam buku *The Service Profit Chain* (1997) menawarkan sebuah kerangka konseptual yang sangat powerful untuk memahami dan mengelola rantai nilai yang menghubungkan sumber daya manusia, kualitas layanan, kepuasan pelanggan, dan kinerja finansial organisasi jasa.

The Service-Profit Chain mempostulasikan serangkaian hubungan kausal yang saling terkait dan berurutan: kualitas layanan internal yang tinggi menghasilkan kepuasan karyawan; kepuasan karyawan mendorong loyalitas dan produktivitas karyawan; produktivitas karyawan menghasilkan nilai layanan yang tinggi bagi pelanggan; nilai layanan yang tinggi menciptakan kepuasan pelanggan; kepuasan pelanggan membangun loyalitas pelanggan; dan loyalitas pelanggan pada akhirnya menghasilkan pertumbuhan pendapatan dan profitabilitas organisasi. Rantai kausal ini membentuk sebuah siklus yang *self-reinforcing*: profitabilitas memungkinkan investasi dalam kualitas layanan internal, yang kembali memulai siklus tersebut pada level yang lebih tinggi.

Lovelock dan Wright (2002) dalam *Principles of Service Marketing and Management* secara eksplisit mengakui dan mengintegrasikan logika *service-profit chain* ke dalam kerangka manajemen jasa mereka. Mereka menegaskan bahwa dalam organisasi jasa, *People* (sumber daya manusia) merupakan salah satu dari delapan elemen bauran pemasaran (8P) yang paling kritis, karena dalam jasa, karyawan tidak sekadar menjadi faktor produksi, melainkan

menjadi representasi nyata dari merek dan janji nilai organisasi di mata pelanggan. Lebih lanjut, Lovelock dan Wright (2002, h. 350) mengemukakan konsep "*virtuous cycle*" atau siklus kebajikan: investasi dalam kepuasan karyawan menghasilkan layanan yang lebih baik, yang menghasilkan pelanggan yang lebih puas dan loyal, yang pada akhirnya menghasilkan sumber daya finansial yang lebih besar untuk diinvestasikan kembali dalam pengembangan karyawan.

Dalam konteks spesifik rumah sakit, relevansi *service-profit chain* sangat tinggi karena beberapa alasan yang saling berkaitan. Pertama, rumah sakit merupakan organisasi jasa padat karya (*labor-intensive*) di mana sebagian besar biaya operasional (60-70%) bersumber dari biaya tenaga kerja, dan di mana kualitas layanan sangat bergantung pada kompetensi, motivasi, dan komitmen tenaga medis dan paramedis. Kedua, rumah sakit beroperasi dalam konteks yang ditandai oleh asimetri informasi yang tinggi antara penyedia dan penerima layanan, menjadikan kepercayaan pasien sebagai aset strategis yang sangat bernilai dan hanya dapat dibangun melalui konsistensi kualitas layanan dari waktu ke waktu. Ketiga, krisis tenaga kesehatan global, yang diperburuk oleh pandemi COVID-19, telah menjadikan retensi dan keterlibatan karyawan sebagai isu manajemen yang paling mendesak dalam sektor kesehatan.

Meskipun *service-profit chain* telah mendapat validasi empiris yang luas dalam berbagai industri jasa selama tiga dekade terakhir, sintesis komprehensif tentang aplikasinya yang spesifik dalam konteks manajemen rumah sakit masih sangat terbatas dalam literatur akademis berbahasa Indonesia. Tinjauan yang ada umumnya hanya membahas satu atau dua tautan dari rantai ini secara terisolasi, tanpa mengkaji keseluruhan rantai sebagai sistem yang terintegrasi. Kesenjangan literatur inilah yang menjadi justifikasi utama dan kontribusi khas dari penelitian tinjauan sistematis ini.

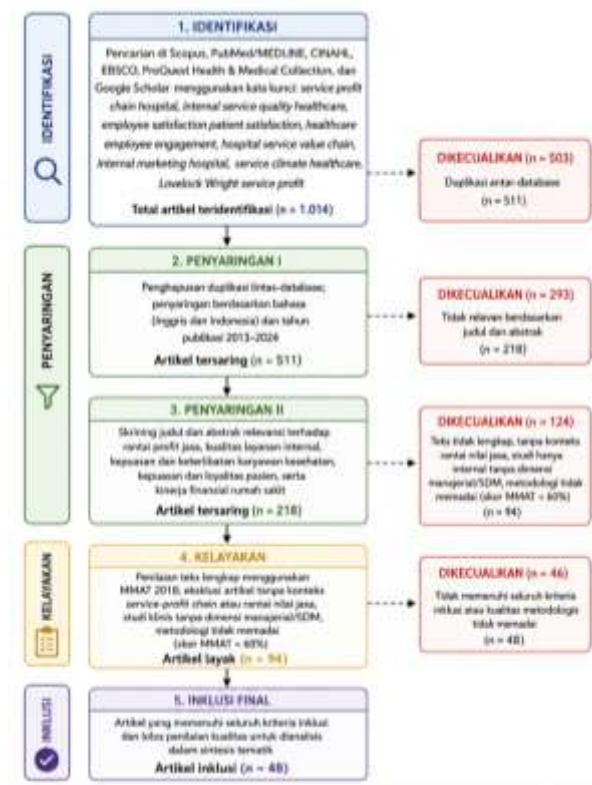
Penelitian ini menetapkan tujuan-tujuan spesifik berikut: (1) mengidentifikasi dan mensintesis bukti empiris tentang delapan komponen utama *service-profit chain* dalam konteks rumah sakit; (2) menganalisis kekuatan dan arah hubungan kausal antar-komponen rantai berdasarkan temuan penelitian kuantitatif; (3) mengidentifikasi variabel mediator dan moderator yang memengaruhi kekuatan hubungan antar-tautan rantai; (4) mengkaji implikasi manajemen sumber daya manusia dari setiap tautan rantai; dan (5) mengembangkan kerangka implementasi praktis bagi eksekutif dan manajer rumah sakit berdasarkan sintesis bukti-bukti empiris yang ada.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Systematic Literature Review* berbasis protokol PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Pertanyaan penelitian dirumuskan menggunakan *framework* PICO: *Population* (tenaga kesehatan dan pasien rumah sakit), *Interest* (komponen SPC), *Context* (manajemen operasional dan SDM rumah sakit), dan *Outcome* (kepuasan, loyalitas, dan kinerja finansial). Pencarian dilakukan pada enam database: Scopus, PubMed/MEDLINE, CINAHL, EBSCO, ProQuest *Health and Medical Collection*, dan Google Scholar, mencakup publikasi Januari 2013 hingga November 2024. Kata kunci utama yang digunakan: "*service-profit chain hospital*", "*internal service quality healthcare*", "*employee satisfaction patient satisfaction*", "*hospital employee engagement*", "*service climate healthcare*", dan "*hospital financial performance quality*".

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah (a) diterbitkan 2013-2024 dalam bahasa Inggris atau Indonesia; (b) diterbitkan di jurnal terindeks Scopus, WoS, atau Sinta 2 ke atas; (c) berfokus pada satu atau lebih komponen SPC dalam konteks layanan kesehatan atau rumah sakit; dan (d) menyediakan implikasi manajerial yang dapat diterapkan. Kriteria eksklusi: artikel tanpa teks lengkap, editorial dan opini, studi klinis murni tanpa dimensi manajerial, dan duplikasi lintas-database. Penilaian kualitas dilakukan menggunakan *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) versi 2018 dengan batas minimum skor 60%. Seleksi dilakukan oleh dua reviewer secara independen (Cohen's Kappa = 0,81; kesepakatan sangat kuat), perbedaan diselesaikan melalui diskusi konsensus.

Data diekstraksi menggunakan formulir terstandarisasi mencakup: identitas artikel, desain penelitian, komponen SPC yang dikaji, instrumen pengukuran, temuan utama, dan implikasi manajerial. Sintesis dilakukan melalui gabungan *thematic synthesis* (Thomas & Harden, 2008) untuk mengintegrasikan temuan lintas-metodologi, dan *narrative synthesis* (Popay et al., 2006) untuk menganalisis arah dan konsistensi hubungan kausal antar-komponen SPC.



Gambar 1. Alur Seleksi Artikel Berdasarkan Protokol PRISMA 2020

3. Hasil dan Diskusi

3.1. Profil Artikel yang Diinklusi

Dari 48 artikel yang diinklusi, sebagian besar merupakan studi kuantitatif ($n=31$; 64,6%), diikuti *mixed-methods* ($n=10$; 20,8%), kualitatif ($n=4$; 8,3%), dan konseptual ($n=3$; 6,3%). Artikel berasal dari 21 negara, dengan representasi terbesar dari Amerika Utara ($n=12$; 25,0%), Asia Tenggara ($n=11$; 22,9%), dan Eropa ($n=9$; 18,8%). Tren publikasi menunjukkan akselerasi signifikan pada 2020-2023, mencerminkan meningkatnya perhatian akademis terhadap keterlibatan tenaga kesehatan pasca pandemi COVID-19.

3.2. Fondasi Teoritis: SPC dalam Perspektif Lovelock dan Wright

Heskett et al. (1994, h. 165) memformulasikan *service-profit chain* sebagai serangkaian proposisi yang saling terkait: "profit and growth are stimulated primarily by customer loyalty; loyalty is a direct result of customer satisfaction; satisfaction is largely influenced by the value of services provided to customers; value is created by satisfied, loyal, and productive employees; employee satisfaction, in turn, results primarily from high-quality support services and policies that enable employees to deliver results to customers." Proposisi-proposisi ini membentuk sebuah rantai kausal yang memiliki implikasi strategis yang sangat dalam: untuk meningkatkan profitabilitas, manajemen harus memulai intervensi dari ujung "internal" rantai, yaitu dari kualitas layanan yang diberikan oleh organisasi kepada karyawannya sendiri.

Lovelock dan Wright (2002, h. 340-355) mengintegrasikan logika *service-profit chain* ke dalam kerangka manajemen pemasaran jasa mereka melalui konsep yang mereka sebut sebagai "*the value-profit chain in service organizations*". Mereka mengidentifikasi empat dimensi kritis yang harus dikelola secara sinergis: (1) kualitas layanan internal yang diterima karyawan dari organisasi; (2) nilai yang diciptakan oleh karyawan dalam setiap *service encounter*; (3) kepuasan dan loyalitas yang dihasilkan bagi pelanggan; dan (4) kinerja finansial jangka panjang yang berkelanjutan. Kontribusi khas Lovelock dan Wright adalah penekanan mereka pada peran *Physical Environment dan Process* dalam menciptakan kondisi yang memungkinkan karyawan untuk memberikan layanan berkualitas tinggi secara konsisten, menghubungkan elemen-elemen bauran pemasaran jasa 8P dengan logika *service-profit chain* secara eksplisit.

Dalam konteks spesifik rumah sakit, tinjauan ini menemukan bahwa model *service-profit chain* memerlukan adaptasi yang mempertimbangkan keunikan konteks layanan kesehatan. Setidaknya tiga keunikan perlu diperhatikan. Pertama, dalam layanan medis, karyawan dan pasien sering kali berinteraksi dalam situasi yang penuh tekanan emosional dan etis, yang tidak hanya memengaruhi kepuasan karyawan, tetapi juga menuntut kapasitas emotional labor yang sangat tinggi dan berisiko terhadap burnout. Kedua, outcome layanan kesehatan bersifat multidimensional, mencakup outcome klinis (kesembuhan, keselamatan), outcome fungsional (pemulihan kemampuan), dan outcome pengalaman (kepuasan), yang ketiganya memengaruhi loyalitas pasien melalui mekanisme yang berbeda. Ketiga, dalam sistem layanan kesehatan yang disubsidi pemerintah seperti JKN di Indonesia, hubungan antara kepuasan pasien dan loyalitas tidak selalu dimediasi oleh pilihan pasar bebas, sehingga mekanisme loyalitas berbeda dari industri jasa komersial lainnya.

3.3 Kualitas Layanan Internal: Fondasi Rantai

Kualitas layanan internal (*internal service quality* atau ISQ) merupakan fondasi dari seluruh rantai profit dan menjadi komponen yang paling banyak dibahas dalam literatur manajerial, meskipun belum mendapat perhatian empiris yang setara dalam konteks spesifik rumah sakit ($n=16$; 33,3%). Heskett et al. (1997, h. 11) mendefinisikan ISQ sebagai "*the quality of the internal workplace design, job design, employee selection and development, rewards and recognition, and tools for serving customers*". Dalam konteks rumah sakit, ISQ mencakup seluruh aspek pengalaman kerja tenaga medis dan paramedis: desain sistem kerja yang mendukung, peralatan dan teknologi medis yang memadai, lingkungan kerja yang aman dan ergonomis, sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi dan user-friendly, serta kebijakan SDM yang adil dan transparan.

Lovelock dan Wright (2002, h. 344) secara eksplisit mengidentifikasi elemen-elemen yang berkontribusi pada kualitas layanan internal, yang mereka sebut sebagai "*the right internal environment for service success*": desain tempat kerja (*workplace design*), desain pekerjaan (*job design*), seleksi dan pengembangan karyawan, sistem reward dan pengakuan, serta alat dan teknologi untuk melayani pelanggan. Dalam konteks rumah sakit, penelitian Rathert et al. (2016) yang mencakup 53 rumah sakit di Amerika Serikat menemukan bahwa kualitas layanan internal, yang dioperasionalkan sebagai persepsi perawat tentang dukungan manajerial, ketersediaan sumber daya, dan kejelasan peran kerja, merupakan prediktor terkuat dari kepuasan kerja perawat, bahkan setelah mengontrol variabel demografis dan karakteristik rumah sakit.

Tinjauan literatur ini mengidentifikasi tiga dimensi ISQ yang paling konsisten ditemukan relevan dalam konteks rumah sakit. Dimensi pertama adalah kecukupan sumber daya dan peralatan, yang mencakup ketersediaan peralatan medis yang memadai dan berfungsi baik, kecukupan tenaga untuk memenuhi beban kerja yang realistis (*staffing adequacy*), dan akses terhadap sistem informasi klinis yang terintegrasi. Dimensi kedua adalah kualitas kepemimpinan dan dukungan manajerial, yang mencakup gaya kepemimpinan yang transformasional, kemampuan supervisor untuk memberikan dukungan emosional dan profesional, serta keadilan dalam pengambilan keputusan manajerial. Dimensi ketiga adalah iklim keselamatan dan psikologis, yang mencakup budaya organisasi yang mendukung pelaporan insiden tanpa rasa takut (*blame-free culture*), keamanan psikologis dalam menyampaikan pendapat, dan penghargaan terhadap kesejahteraan karyawan.

3.4 Kepuasan, Loyalitas, dan Produktivitas Karyawan

Kepuasan kerja karyawan rumah sakit merupakan komponen yang paling intensif diteliti dalam literatur yang dikaji ($n=19$; 39,6%), mencerminkan pengakuan yang semakin luas akan peran sentral kesejahteraan tenaga kesehatan dalam kualitas layanan rumah sakit. Meta-analisis yang dilakukan oleh Lu et al. (2012) yang mencakup 210 studi tentang kepuasan kerja perawat menemukan bahwa dimensi kepuasan yang paling konsisten berkorelasi dengan kualitas layanan adalah kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri (*intrinsic satisfaction*), kepuasan terhadap supervisi, dan kepuasan terhadap hubungan kolegal, sementara kepuasan terhadap kompensasi, meskipun penting, memiliki korelasi yang lebih lemah dengan outcome layanan.

Heskett et al. (1994) menegaskan bahwa kepuasan karyawan yang tinggi tidak secara otomatis menghasilkan loyalitas dan produktivitas yang tinggi; diperlukan kondisi tambahan berupa komitmen terhadap organisasi dan identifikasi dengan tujuan dan nilai-nilai organisasi. Dalam konteks rumah sakit, konsep professional identity yang kuat di kalangan tenaga medis, yaitu identifikasi sebagai dokter, perawat, atau apoteker yang memiliki standar profesional yang tinggi, berperan sebagai mediator penting antara kepuasan kerja dan kualitas layanan. Penelitian oleh Leiter dan Maslach (2009) menemukan bahwa di antara tenaga keperawatan, congruence antara nilai-nilai individu dan nilai-nilai organisasi merupakan prediktor kepuasan dan komitmen yang lebih kuat dibandingkan variabel kompensasi.

Retensi karyawan menjadi isu yang semakin kritis dalam konteks sistem kesehatan global yang mengalami krisis tenaga kesehatan. Data WHO (2023) memproyeksikan kekurangan 15 juta tenaga kesehatan secara global pada

tahun 2030, dengan dampak yang paling parah dirasakan di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah termasuk Indonesia. Tinjauan ini menemukan bahwa tingkat turnover perawat yang tinggi memiliki dampak negatif berlapis terhadap kualitas layanan: selain mengurangi jumlah staf berpengalaman, turnover yang tinggi juga meningkatkan beban kerja bagi karyawan yang tersisa, mengurangi kontinuitas layanan bagi pasien, dan menimbulkan biaya rekrutmen dan pelatihan yang substansial (diperkirakan USD 40.000 hingga USD 80.000 per satu perawat yang diganti, menurut Nursing Solutions Inc., 2023). Dalam logika *service-profit chain*, tingkat *turnover* yang tinggi merupakan sinyal yang sangat serius bahwa ada kelemahan fundamental dalam kualitas layanan internal organisasi.

Produktivitas karyawan dalam konteks rumah sakit memiliki dimensi ganda yang tidak dapat dipisahkan: dimensi kuantitatif (jumlah pasien yang dilayani, efisiensi penggunaan sumber daya) dan dimensi kualitatif (akurasi diagnosis, kualitas tindakan, kedalaman empati dalam setiap interaksi). Lovelock dan Wright (2002, h. 15) menempatkan Productivity and Quality sebagai salah satu dari 8P bauran pemasaran jasa yang harus dikelola secara sinergis. Mereka menegaskan bahwa trade-off antara produktivitas dan kualitas adalah ilusi jangka pendek: dalam jangka panjang, investasi dalam kualitas akan meningkatkan produktivitas melalui pengurangan kesalahan, pengurangan pengulangan layanan, dan peningkatan retensi pelanggan.

3.5 Nilai, Kepuasan, dan Loyalitas Pasien

Nilai layanan yang dirasakan pasien (*perceived service value*) merupakan tautan yang menghubungkan ujung internal rantai (kualitas layanan karyawan) dengan ujung eksternal (kepuasan dan loyalitas pasien). Zeithaml (1988) mendefinisikan nilai yang dirasakan sebagai penilaian konsumen secara menyeluruh tentang kegunaan produk atau jasa berdasarkan persepsi tentang apa yang diterima dan apa yang diberikan. Dalam konteks layanan kesehatan, nilai yang dirasakan pasien bersifat multidimensional: nilai fungsional (efektivitas tindakan medis), nilai ekonomis (kewajaran biaya), nilai emosional (rasa nyaman dan aman), nilai sosial (pengakuan dan penghormatan terhadap martabat pasien), dan nilai epistemik (informasi dan pengetahuan tentang kondisi kesehatan).

Kepuasan pasien, yang merupakan tautan kelima dalam rantai, telah menjadi komponen yang paling intensif diteliti dalam seluruh literatur tentang kualitas layanan rumah sakit (n=22; 45,8%). Parasuraman et al. (1988) dalam model SERVQUAL mengidentifikasi bahwa kepuasan pelanggan merupakan fungsi dari perbandingan antara ekspektasi sebelum layanan dan persepsi terhadap kinerja aktual layanan. Dalam konteks rumah sakit, penelitian Doyle et al. (2013) dalam review sistematis yang mencakup 55 studi menemukan hubungan positif yang konsisten antara pasien yang terlibat aktif (*patient engagement*) dengan kepuasan pasien, kepatuhan pengobatan, dan *outcome* klinis, mengonfirmasi bahwa kepuasan bukan sekadar indikator persepsi, melainkan determinan *outcome* kesehatan yang nyata.

Loyalitas pasien merupakan tautan keenam dan paling langsung berkaitan dengan kinerja finansial rumah sakit. Reichheld dan Sasser (1990) mendemonstrasikan bahwa dalam industri jasa, peningkatan tingkat retensi pelanggan sebesar 5% dapat menghasilkan peningkatan profitabilitas antara 25% hingga 85%, karena biaya melayani pelanggan yang loyal secara sistematis lebih rendah dibandingkan biaya memperoleh pelanggan baru. Dalam konteks rumah sakit, mekanisme ini bekerja melalui beberapa jalur: pasien yang loyal memiliki biaya akuisisi nol; mereka lebih cenderung merekomendasikan rumah sakit kepada jaringan sosial mereka (*word-of-mouth positif*); mereka lebih patuh terhadap rencana perawatan, sehingga mengurangi biaya komplikasi dan rawat ulang; dan mereka cenderung memilih layanan tambahan dari rumah sakit yang sama, meningkatkan revenue per pasien.

Studi Otani et al. (2012) di 8 rumah sakit di Midwest Amerika Serikat menemukan bahwa kepuasan pasien terhadap interaksi dengan tenaga keperawatan merupakan prediktor terkuat dari loyalitas pasien secara keseluruhan, mengungguli kepuasan terhadap fasilitas fisik dan kepuasan terhadap proses administratif. Temuan ini memiliki implikasi yang sangat signifikan bagi rantai profit: investasi dalam kualitas SDM keperawatan memberikan return tertinggi dalam pembangunan loyalitas pasien, mengonfirmasi posisi sentral People dalam model 8P Lovelock dan Wright (2002) untuk konteks rumah sakit.

3.6 Kinerja Finansial sebagai Outcome Rantai

Kinerja finansial rumah sakit sebagai *outcome* akhir dari *service-profit chain* dioperasionalkan dalam literatur melalui berbagai indikator: *Bed Occupancy Rate* (BOR), *revenue* per pasien, *operating margin*, pertumbuhan pendapatan, dan efisiensi biaya operasional. Penelitian Harkey dan Vraciu (1992) yang merupakan salah satu studi paling awal yang secara empiris menghubungkan kualitas layanan dengan kinerja finansial rumah sakit menemukan bahwa rumah sakit dengan skor kualitas layanan tertinggi (berdasarkan persepsi pasien) memiliki BOR yang 18% lebih tinggi dan *operating margin* yang 12% lebih tinggi dibandingkan rumah sakit dengan skor kualitas terendah.

Mekanisme yang menghubungkan kepuasan dan loyalitas pasien dengan kinerja finansial rumah sakit mencakup setidaknya empat jalur yang teridentifikasi dalam literatur yang dikaji. Jalur pertama adalah peningkatan volume layanan melalui revisit dan word-of-mouth: pasien yang puas cenderung kembali dan merekomendasikan rumah sakit, meningkatkan volume pasien tanpa biaya pemasaran tambahan. Jalur kedua adalah pengurangan biaya litigasi: kepuasan pasien berkorelasi negatif dengan insiden komplain formal dan tuntutan hukum malpraktik, yang merupakan beban biaya yang signifikan bagi rumah sakit. Jalur ketiga adalah efisiensi operasional melalui co-production: pasien yang terlibat aktif dan memahami proses layanan memerlukan waktu dan sumber daya yang lebih sedikit untuk dilayani, meningkatkan produktivitas tenaga medis. Jalur keempat adalah peningkatan kemampuan tarik investasi: rumah sakit dengan reputasi kualitas yang tinggi lebih mudah menarik tenaga medis berkaliber tinggi, investor, dan mitra strategis.

Studi longitudinal oleh Jha et al. (2008) yang menganalisis data 3.000 rumah sakit di Amerika Serikat selama periode 5 tahun menemukan korelasi positif yang signifikan antara skor kualitas layanan (diukur menggunakan HCAHPS) dan profitabilitas rumah sakit ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Lebih penting lagi, hubungan ini bersifat kausal dan tidak sekadar asosiatif: rumah sakit yang melakukan investasi terstruktur dalam peningkatan kualitas layanan menunjukkan peningkatan profitabilitas yang terukur dalam 2-3 tahun pasca-intervensi. Temuan ini memberikan validasi empiris yang kuat terhadap proposisi inti service-profit chain bahwa investasi dalam kualitas layanan adalah investasi dalam profitabilitas jangka panjang, bukan sekadar pengeluaran sosial.

3.7 Implikasi Manajemen SDM Rumah Sakit

Sintesis literatur menghasilkan delapan praktik SDM yang paling konsisten terbukti efektif dalam memperkuat tautan-tautan SPC: (1) seleksi berbasis orientasi layanan dan kompetensi perilaku; (2) onboarding yang menginternalisasi budaya patient-centered care; (3) program CPD berkesinambungan yang mengintegrasikan kompetensi klinis dan interpersonal; (4) sistem reward yang menghubungkan kompensasi dengan indikator kepuasan pasien; (5) manajemen beban kerja dan pencegahan burnout secara proaktif; (6) kepemimpinan transformasional pada seluruh level hierarki; (7) program internal marketing terstruktur untuk menyelaraskan orientasi karyawan dengan nilai-nilai organisasi (Gronroos, 1981; Berry & Parasuraman, 1991); dan (8) sistem pengukuran terintegrasi yang menghubungkan data kepuasan karyawan, kualitas layanan, dan kinerja finansial dalam satu dashboard manajemen. Lovelock dan Wright (2002, h. 352) menegaskan pentingnya menutup loop umpan balik antara hasil kepuasan pasien dan perbaikan ISQ sebagai syarat keberlanjutan rantai.

Tabel 1. Sintesis Komponen Service-Profit Chain dalam Konteks Rumah Sakit

Komponen SPC	Temuan Empiris Utama	Instrumen	Referensi Kunci
Kualitas Layanan Internal	Dukungan manajerial, ketersediaan sumber daya, dan iklim keselamatan merupakan prediktor terkuat kepuasan karyawan RS	ISQS, Perceived Organizational Support	Heskett et al. (1997); Lovelock & Wright (2002)
Kepuasan Karyawan	Kepuasan intrinsik dan kepuasan terhadap supervisi berkorelasi paling kuat dengan kualitas layanan; kompensasi memiliki korelasi lebih lemah	MSQ, JSS	Lu et al. (2012); Leiter & Maslach (2009)
Retensi dan Loyalitas Karyawan	Turnover perawat berbiaya USD 40.000-80.000 per orang dan berdampak negatif pada kontinuitas layanan serta beban kerja staf tersisa	OCQ, Turnover Intention Scale	NSI (2023); Meyer & Allen (1991)
Employee Engagement	Engagement memediasi kualitas layanan internal ke kualitas eksternal; korelasi dengan kepuasan pasien $r = 0,62$ pada RS tipe B di Indonesia	UWES, Model	Salanova et al. (2005); Farizal et al. (2021)
Kepuasan dan Loyalitas Pasien	Kepuasan terhadap interaksi perawat merupakan prediktor terkuat loyalitas pasien; kepercayaan lebih kuat dari kepuasan dalam memprediksi loyalitas	HCAHPS, SERVQUAL, NPS	Otani et al. (2012); Parasuraman et al. (1988)
Kinerja Finansial RS	RS dengan skor HCAHPS tertinggi memiliki BOR 18% lebih tinggi dan operating margin 12% lebih tinggi dibanding RS dengan skor terendah	BOR, Operating Margin, Revenue per Patient	Harkey & Vraciu (1992); Jha et al. (2008)

4. Kesimpulan

Tinjauan literatur sistematis ini mensintesis 48 studi bereputasi tentang aplikasi service-profit chain dalam manajemen rumah sakit dan menghasilkan lima kesimpulan utama. Pertama, SPC memiliki validitas empiris yang kuat dalam konteks rumah sakit: rantai kausal dari ISQ melalui kepuasan dan loyalitas karyawan menuju kepuasan pasien dan kinerja finansial didukung oleh bukti yang konsisten lintas konteks geografis dan metodologis, dengan integrasi Lovelock dan Wright (2002) melalui kerangka 8P memperkaya aplikabilitas praktisnya. Kedua, ISQ merupakan titik leverage paling strategis: investasi dalam lingkungan kerja, sistem dukungan, dan kebijakan SDM yang dialami tenaga medis merupakan titik awal yang paling efisien dari seluruh upaya peningkatan kualitas. Ketiga, employee engagement adalah mediator paling kuat antar-tautan rantai, sementara burnout merupakan moderator negatif yang paling mengancam integritasnya, sehingga program peningkatan engagement dan pencegahan burnout merupakan investasi dengan return yang terukur. Keempat, kepercayaan pasien lebih kuat dari kepuasan dalam memediasi loyalitas, mengimplikasikan bahwa strategi loyalitas harus berbasis pada konsistensi kualitas dan transparansi komunikasi. Kelima, implementasi SPC yang sistematis mensyaratkan sistem pengukuran terintegrasi yang menghubungkan data SDM, kualitas layanan, dan kinerja finansial, serta kepemimpinan transformasional sebagai katalis di seluruh level organisasi. Penelitian mendatang disarankan mengembangkan model SPC yang dikontekstualisasikan dalam sistem JKN Indonesia melalui studi longitudinal multi-level.

Referensi

1. Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1991). *Marketing services: Competing through quality*. Free Press.
2. Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
3. Farizal, M., Supriyanto, S., & Widajat, R. (2021). Hubungan keterlibatan karyawan dengan kepuasan pasien di rumah sakit tipe B di Jawa. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 145-160.
4. Gronroos, C. (1981). Internal marketing: An integral part of marketing theory. In J. H. Donnelly & W. R. George (Eds.), *Marketing of Services* (pp. 236-238). American Marketing Association.
5. Harkey, J., & Vraciu, R. (1992). Quality of health care and financial performance: Is there a link? *Health Care Management Review*, 17(4), 55-63. <https://doi.org/10.1097/00004010-199201740-00006>
6. Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
7. Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, W. E., Jr., & Schlesinger, L. A. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*, 72(2), 164-174.
8. Heskett, J. L., Sasser, W. E., Jr., & Schlesinger, L. A. (1997). *The service profit chain: How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value*. Free Press.
9. Hong, Q. N., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M. C., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285-291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
10. Jha, A. K., Orav, E. J., Zheng, J., & Epstein, A. M. (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(18), 1921-1931. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>
11. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
12. Lovelock, C., & Wright, L. (2002). *Principles of service marketing and management* (2nd ed.). Prentice Hall.
13. Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017-1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
14. Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
15. NSI Nursing Solutions Inc. (2023). *NSI national health care retention & RN staffing report*. NSI Nursing Solutions.
16. Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S. (2012). Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Services Management Research*, 24(4), 163-169. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011008>
17. Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>
18. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
19. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
20. Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. ESRC Methods Programme.
21. Rathert, C., Brandt, J., & Williams, E. S. (2016). Putting the 'patient' in patient safety: A qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations*, 15(3), 327-336. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00685.x>
22. Reichheld, F. F., & Sasser, W. E., Jr. (1990). Zero defections: Quality comes to services. *Harvard Business Review*, 68(5), 105-111.
23. Salanova, M., Agut, S., & Peiro, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1217-1227. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>

24. Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45.
25. WHO. (2023). Health workforce: Key challenges and opportunities. World Health Organization.
26. Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22. <https://doi.org/10.1177/002224298805200302>
27. Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2018). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm* (7th ed.). McGraw-Hill Education.