



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: 5633-5639

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

---

## IHIP dalam Pelayanan Rumah Sakit: Tinjauan Literatur Sistematis

Ermiami<sup>1</sup>, Evelin Vianetha Prima Snak<sup>2</sup>, Fauziyah Widya Musthika<sup>3</sup>, Grace Wonnae Elita<sup>4</sup>, A Rohendi<sup>5</sup>  
Program Pascasarjana Magister Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Bandung

[ermiami1909@gmail.com](mailto:ermiami1909@gmail.com)\*

### Abstrak

Rumah sakit sebagai institusi jasa kesehatan memiliki karakteristik yang berbeda dari produk manufaktur, terutama melalui dimensi intangibilitas, inseparabilitas, heterogenitas, dan perishabilitas (IHIP), yang menimbulkan tantangan manajerial dan strategis yang khas. Penelitian ini bertujuan melakukan tinjauan literatur sistematis untuk mengidentifikasi dan mensintesis temuan empiris maupun konseptual terkait karakteristik jasa rumah sakit, manifestasinya dalam operasional layanan, serta implikasi manajerialnya. Tinjauan dilakukan menggunakan protokol PRISMA 2020 melalui database Scopus, PubMed/MEDLINE, CINAHL, EBSCO, dan Google Scholar pada publikasi tahun 2013–2024. Dari 923 artikel yang ditemukan, sebanyak 46 artikel memenuhi kriteria inklusi dan dianalisis menggunakan sintesis tematik. Hasil kajian menunjukkan bahwa kerangka IHIP merupakan karakteristik dominan dalam layanan rumah sakit. Intangibilitas menekankan pentingnya bukti fisik dan reputasi, inseparabilitas menempatkan interaksi tenaga kesehatan dan pasien sebagai penentu kualitas layanan, heterogenitas mendorong standardisasi melalui pedoman klinis dan akreditasi, sedangkan perishabilitas menuntut pengelolaan kapasitas dan permintaan secara real-time. Selain itu, keterlibatan pasien serta asimetri informasi dan kepercayaan juga menjadi karakteristik penting dalam pelayanan kesehatan. Secara keseluruhan, karakteristik IHIP tidak hanya bersifat teoretis, tetapi menjadi determinan utama dalam manajemen operasional, pemasaran, dan sumber daya manusia rumah sakit. Kajian ini juga menegaskan relevansi kerangka pemasaran jasa yang dikembangkan oleh Christopher Lovelock dan Lauren Wright dalam pengelolaan layanan rumah sakit modern.

**Kata kunci:** Karakteristik Jasa Rumah Sakit; Intangibilitas; Inseparabilitas; Heterogenitas; Perishabilitas; IHIP; Pemasaran Jasa Kesehatan; Kualitas Pelayanan; Tinjauan Literatur Sistematis

### 1. Latar Belakang

Industri kesehatan global merupakan salah satu sektor ekonomi yang paling kompleks dan strategis, dengan nilai pasar global yang diproyeksikan melampaui USD 8,45 triliun pada tahun 2025 (WHO, 2023). Di tengah pertumbuhan yang eksponensial ini, rumah sakit sebagai tulang punggung sistem pelayanan kesehatan menghadapi tekanan yang semakin intensif dari berbagai arah: meningkatnya ekspektasi pasien yang semakin melek informasi, perubahan regulasi yang dinamis, kemajuan teknologi medis yang pesat, serta intensifikasi persaingan baik di tingkat lokal maupun global. Dalam lanskap yang demikian kompleks, pemahaman yang mendalam tentang sifat dasar jasa yang ditawarkan oleh rumah sakit menjadi landasan epistemologis yang tidak dapat diabaikan oleh para manajer dan pemimpin organisasi kesehatan.

Lovelock dan Wright (2002, h. 13-14) dalam karya monumental mereka, *Principles of Service Marketing and Management*, menegaskan bahwa jasa memiliki karakteristik fundamental yang membedakannya secara esensial dari barang fisik. Karakteristik-karakteristik ini, yang dikenal secara kolektif sebagai IHIP (Intangibility, Inseparability, Heterogeneity, Perishability), bukan sekadar kategorisasi akademis yang bersifat deskriptif. Lebih dari itu, IHIP merupakan penentu struktural yang membentuk tantangan manajerial, menentukan pilihan-pilihan strategis, dan mendeskripsikan batas-batas operasional yang dihadapi oleh setiap organisasi jasa, termasuk rumah sakit. Aplikasi kerangka IHIP secara konsisten dan mendalam dalam konteks manajemen rumah sakit berpotensi menghasilkan wawasan strategis yang tidak dapat diperoleh melalui paradigma manajemen berbasis produk konvensional.

Dalam konteks Indonesia, tantangan yang timbul dari karakteristik jasa rumah sakit menjadi semakin signifikan dengan diimplementasikannya sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 2014, yang secara dramatis mengubah dinamika permintaan dan penawaran layanan kesehatan. Data Kementerian Kesehatan RI (2023) menunjukkan bahwa jumlah kunjungan rawat jalan di rumah sakit meningkat rata-rata 12,7% per tahun pasca-implementasi JKN, menciptakan tekanan kapasitas yang mencerminkan manifestasi langsung dari karakteristik

perishabilitas. Sementara itu, variabilitas kualitas pelayanan antar-fasilitas kesehatan yang masih tinggi mencerminkan tantangan heterogenitas yang belum sepenuhnya tertangani, sementara kesulitan pasien dalam mengevaluasi kualitas layanan sebelum dan sesudah konsumsi merepresentasikan tantangan intangibilitas dan asimetri informasi yang inheren dalam layanan medis.

Meskipun literatur tentang kualitas pelayanan dan kepuasan pasien telah berkembang secara substansial, tinjauan yang secara khusus dan komprehensif mengkaji karakteristik IHIP sebagai unit analisis utama dalam konteks rumah sakit masih sangat terbatas. Sebagian besar kajian yang ada membahas karakteristik jasa secara insidental sebagai bagian dari analisis yang lebih luas tentang kualitas layanan atau strategi pemasaran, tanpa memberikan perhatian yang memadai pada manifestasi spesifik dan implikasi manajerial dari masing-masing karakteristik dalam konteks operasional rumah sakit. Kesenjangan literatur ini menjadi justifikasi utama dan kontribusi khusus dari penelitian tinjauan sistematis ini.

Penelitian ini memiliki relevansi yang tinggi tidak hanya bagi akademisi pemasaran jasa dan manajemen kesehatan, tetapi juga bagi praktisi manajemen sumber daya manusia di sektor kesehatan. Sebagaimana akan diuraikan dalam pembahasan, setiap karakteristik IHIP memiliki implikasi SDM yang spesifik, mulai dari desain pekerjaan (job design), seleksi dan pelatihan tenaga medis, sistem manajemen kinerja, hingga pengelolaan iklim dan budaya organisasi yang mendukung penyampaian layanan berkualitas tinggi secara konsisten. Dengan demikian, temuan-temuan dari tinjauan ini diharapkan dapat memberikan panduan berbasis bukti yang komprehensif bagi pengembangan strategi manajemen rumah sakit yang holistik dan terintegrasi.

Tujuan spesifik dari penelitian ini adalah: (1) mengidentifikasi dan mengklasifikasikan karakteristik-karakteristik jasa yang paling relevan dalam konteks rumah sakit berdasarkan sintesis literatur empiris dan konseptual; (2) menganalisis manifestasi operasional dari masing-masing karakteristik IHIP dalam konteks spesifik layanan rumah sakit; (3) mengkaji hubungan antara karakteristik jasa dan dimensi kualitas pelayanan; (4) mengidentifikasi strategi manajerial yang terbukti efektif dalam merespons tantangan yang ditimbulkan oleh setiap karakteristik; dan (5) menghasilkan kerangka konseptual integratif yang menghubungkan karakteristik jasa, kualitas pelayanan, dan kinerja rumah sakit.

## 2. Metode Penelitian

### 2.1. Desain dan Protokol Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain Systematic Literature Review (SLR) yang mengacu pada protokol PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) sebagaimana dirumuskan oleh Page et al. (2021). Protokol SLR dipilih karena kemampuannya untuk mengurangi bias seleksi dan interpretasi melalui proses yang terstruktur, transparan, dan dapat direplikasi, yang memungkinkan sintesis bukti yang lebih andal dan komprehensif dibandingkan tinjauan naratif konvensional. Penelitian ini mengadopsi posisi epistemologis pragmatis, mengintegrasikan studi empiris kuantitatif, kualitatif, mixed-methods, dan kajian konseptual yang memenuhi standar kualitas metodologis yang ditetapkan.

Protokol penelitian ini dikembangkan sebelum dimulainya pencarian literatur dan mencakup: (a) pertanyaan penelitian yang terstruktur berdasarkan framework PCC (Population: rumah sakit/tenaga kesehatan/pasien; Concept: karakteristik IHIP jasa; Context: manajemen dan operasional rumah sakit); (b) strategi pencarian yang komprehensif; (c) kriteria inklusi dan eksklusi yang eksplisit; (d) prosedur penilaian kualitas metodologis; dan (e) rencana sintesis data. Seluruh keputusan metodologis yang diambil selama proses penelitian didokumentasikan secara sistematis untuk memastikan transparansi dan reproduktibilitas.

### 2.2. Strategi Pencarian Literatur

Pencarian literatur dilakukan secara sistematis pada lima database elektronik utama, yaitu Scopus, PubMed/MEDLINE, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EBSCO Academic Source Complete, dan Google Scholar. Pencarian dilaksanakan pada bulan Oktober-November 2024. String pencarian dikembangkan secara iteratif melalui konsultasi dengan pustakawan akademik dan pengujian pendahuluan, menggunakan kombinasi istilah MeSH (Medical Subject Headings) dan keyword bebas yang mencakup: ("hospital" OR "healthcare" OR "health service") AND ("service characteristics" OR "IHIP" OR "intangibility" OR "inseparability" OR "heterogeneity" OR "perishability") AND ("service quality" OR "patient satisfaction" OR "service management" OR "service marketing"). Pencarian tambahan dilakukan melalui penelusuran daftar referensi artikel yang diinklusi (backward citation chasing) dan penelusuran artikel yang mengutip studi seminal yang relevan (forward citation chasing) untuk memastikan kelengkapan cakupan.

### 2.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi yang ditetapkan mencakup: (a) artikel diterbitkan antara Januari 2013 hingga November 2024; (b) ditulis dalam bahasa Inggris atau Indonesia; (c) diterbitkan dalam jurnal ilmiah terindeks bereputasi (minimal Sinta 2 untuk jurnal Indonesia, atau terindeks Scopus/WoS untuk jurnal internasional) atau prosiding konferensi internasional bereputasi; (d) berfokus pada karakteristik jasa dalam konteks layanan kesehatan atau rumah sakit, termasuk aspek intangibilitas, inseparabilitas, heterogenitas, perishabilitas, kepercayaan, atau keterlibatan pasien; (e) menggunakan metodologi penelitian yang jelas dan dapat diverifikasi; dan (f) menyediakan implikasi yang relevan bagi manajemen operasional atau SDM rumah sakit.

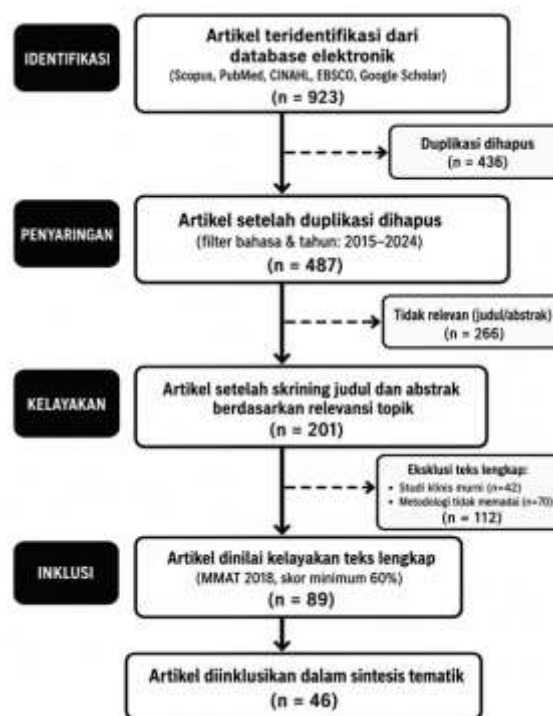
Kriteria eksklusi mencakup: (a) artikel tanpa akses teks lengkap; (b) editorial, opini, dan surat kepada editor; (c) studi yang berfokus semata-mata pada aspek klinis tanpa dimensi manajemen atau pemasaran jasa; (d) studi tentang fasilitas kesehatan primer (Puskesmas/klinik umum) tanpa relevansi langsung dengan konteks rumah sakit; serta (e) artikel yang merupakan duplikasi dari studi yang sudah diinklusi dari database lain.

### 2.4. Penilaian Kualitas dan Seleksi Artikel

Proses seleksi artikel dilakukan dalam empat tahap mengikuti alur PRISMA: identifikasi, penyaringan, penilaian kelayakan, dan inklusi. Seleksi tahap pertama dan kedua dilakukan secara independen oleh dua orang reviewer terlatih dengan menggunakan formulir standar. Tingkat kesepakatan antar-reviewer diukur menggunakan koefisien Cohen's Kappa, yang mencapai nilai  $k = 0,83$  (kesepakatan sangat kuat). Perbedaan pendapat diselesaikan melalui diskusi konsensus dengan melibatkan reviewer ketiga yang berpengalaman. Penilaian kualitas metodologis dilakukan menggunakan Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versi 2018 (Hong et al., 2018) yang telah tervalidasi. Hanya artikel dengan skor kualitas 60% atau lebih yang diinklusi dalam analisis akhir.

### 2.5. Ekstraksi Data dan Sintesis

Data diekstraksi dari setiap artikel yang memenuhi syarat menggunakan formulir ekstraksi data terstandarisasi yang mencakup: identitas artikel (penulis, tahun, jurnal, negara), desain penelitian dan metodologi, populasi dan konteks, karakteristik IHIP yang diteliti, variabel dan instrumen pengukuran utama, temuan dan kesimpulan utama, serta implikasi teoritis dan praktis. Sintesis data dilakukan menggunakan pendekatan thematic synthesis yang dikembangkan oleh Thomas dan Harden (2008), yang terdiri dari tiga tahap: (1) koding induktif pada temuan-temuan tiap studi; (2) pengembangan tema deskriptif yang merepresentasikan kelompok-kelompok temuan yang berkaitan; dan (3) pengembangan tema analitis tingkat tinggi yang melampaui kandungan studi-studi individual untuk menghasilkan sintesis integratif.



Gambar 1. Diagram Alur Seleksi Artikel Berdasarkan Protokol PRISMA 2020

DOI: <https://doi.org/10.31004/riggs.v5i2.9449>

Lisensi: Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

### 3. Hasil dan Diskusi

#### 3.1. Profil Literatur yang Diinkludikan

Dari 46 artikel yang diinkludikan, sebagian besar merupakan studi empiris kuantitatif (n=29; 63,0%), diikuti mixed-methods (n=9; 19,6%), kualitatif (n=5; 10,9%), dan kajian konseptual (n=3; 6,5%). Artikel berasal dari 18 negara, dengan representasi terbesar dari Asia Tenggara (Indonesia, Malaysia, Thailand: n=14; 30,4%), negara-negara Barat (n=13; 28,3%), dan Asia Selatan (n=8; 17,4%). Distribusi temporal menunjukkan peningkatan stabil dalam jumlah publikasi per tahun, dengan akselerasi signifikan pada 2020-2023, mengindikasikan meningkatnya perhatian akademis terhadap karakteristik jasa rumah sakit khususnya dalam respons terhadap pandemi COVID-19.

#### 3.2 Karakteristik IHIP dalam Perspektif Lovelock dan Wright

Lovelock dan Wright (2002, h. 13) mendefinisikan jasa sebagai tindakan atau kinerja yang ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain yang secara esensial bersifat tidak berwujud. Kerangka IHIP yang mereka kembangkan memiliki relevansi dan aplikabilitas yang sangat tinggi dalam konteks rumah sakit. Keempat karakteristik IHIP bukan merupakan hambatan yang harus dieliminasi, melainkan realitas struktural yang harus dikelola secara strategis dan inovatif. Rumah sakit yang mampu mengembangkan kompetensi manajerial spesifik untuk merespons setiap karakteristik secara holistik akan memiliki keunggulan kompetitif yang berkelanjutan.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Jasa Rumah Sakit dan Implikasi Manajerial

Karakteristik	Manifestasi pada RS	n Studi	Implikasi Manajerial
Intangibilitas	Layanan medis tidak dapat dievaluasi sebelum dikonsumsi; bersifat credence good; reputasi sebagai sinyal kualitas	15	Manajemen physical evidence, akreditasi KARS/JCI, transparansi kualitas
Inseparabilitas	Produksi dan konsumsi terjadi bersamaan; pasien hadir aktif; kualitas interaksi dokter-pasien sebagai inti pengalaman	14	Pelatihan komunikasi terapeutik, manajemen service encounter, service blueprint
Heterogenitas	Variabilitas kualitas antar-tenaga medis, antar-waktu, dan antar-pasien; sulit mencapai standarisasi penuh	12	Clinical Practice Guidelines (CPG), audit klinis, continuous professional development (CPD)
Perishabilitas	Kapasitas layanan tidak dapat disimpan; ketidaksesuaian permintaan dan kapasitas memicu antrian atau pemborosan	10	Manajemen kapasitas, sistem reservasi digital, telemedicine, harga diferensial
Keterlibatan Pelanggan	Pasien berperan aktif sebagai co-producer; kepatuhan pasien memengaruhi outcome klinis secara langsung	9	Patient-centered care, edukasi pasien, shared decision-making
Asimetri Informasi	Pasien tidak mampu mengevaluasi kompetensi teknis medis secara mandiri; kepercayaan menjadi fondasi utama relasi	8	Informed consent bermakna, transparansi diagnosis, komunikasi terapeutik berbasis bukti

#### 3.3 Intangibilitas: Dimensi Paling Fundamental

Intangibilitas merupakan karakteristik yang paling dominan dibahas dalam literatur (n=15; 32,6%). Lovelock dan Wright (2002, h. 13) mendefinisikannya sebagai sifat jasa yang tidak dapat disentuh, dilihat, atau dinilai sebelum pembelian. Dalam konteks rumah sakit, layanan medis inti bersifat credence good, yaitu atribut yang bahkan setelah konsumsi pun sulit dievaluasi secara mandiri oleh pasien (Darby & Karni, 1973). Zeithaml (1981) mengidentifikasi bahwa layanan medis berada di ujung credence-dominant dari kontinum evaluasi produk-jasa, memiliki implikasi manajemen yang sangat spesifik.

Tiga strategi pengelolaan intangibilitas yang paling konsisten terbukti efektif: (1) tangibilisasi layanan melalui manajemen physical evidence, yaitu pengelolaan seluruh elemen fisik yang dapat diamati pasien sebagai proksi kualitas, mulai dari kebersihan fasilitas, penampilan tenaga medis, hingga desain interior yang mencerminkan profesionalisme; (2) manajemen reputasi dan sinyal kualitas ekstrinsik melalui akreditasi KARS/JCI, sertifikasi ISO, dan word-of-mouth positif; serta (3) komunikasi pemasaran yang edukatif. Ulrich et al. (2008) menemukan bahwa kualitas lingkungan fisik rumah sakit berkorelasi signifikan tidak hanya dengan persepsi kualitas pasien, tetapi juga dengan outcome klinis yang terukur.

### 3.4 Inseparabilitas: Implikasi bagi Interaksi Tenaga Medis-Pasien

Inseparabilitas (n=14; 30,4%) mengacu pada karakteristik jasa di mana produksi dan konsumsi terjadi secara bersamaan. Lovelock dan Wright (2002, h. 14) menjelaskan bahwa pelanggan sering kali terlibat aktif dalam proses produksi layanan. Dalam konteks rumah sakit, ini berarti setiap tindakan medis terjadi secara real-time di hadapan pasien yang berperan sekaligus sebagai konsumen dan partisipan. Carlzon (1987) menyebut momen-momen interaksi ini sebagai *moments of truth*, yaitu setiap episode ketika pasien berkontak dengan aspek apapun dari rumah sakit dan membentuk kesan tentang kualitas layanan.

Inseparabilitas memunculkan tiga tantangan manajerial kritis: (1) ketidakmungkinan *quality control ex ante* karena tidak ada mekanisme pemeriksaan kualitas sebuah konsultasi sebelum pasien mengalaminya; (2) skalabilitas terbatas karena kualitas bergantung pada individu tenaga medis; dan (3) variabilitas yang tak terelakkan dalam setiap interaksi. Manajemen inseparabilitas yang efektif mensyaratkan investasi dalam pengembangan kompetensi komunikasi terapeutik, kecerdasan emosional tenaga medis (Hojat et al., 2011), dan implementasi *service blueprint* (Bitner et al., 2008) untuk mendesain dan menstandarisasi alur interaksi dalam setiap *service encounter* kritis.

### 3.5 Heterogenitas: Tantangan Standardisasi

Heterogenitas (n=12; 26,1%) mengacu pada variabilitas intrinsik kualitas jasa yang dihasilkan oleh keterlibatan manusia dalam proses produksi. Lovelock dan Wright (2002, h. 14) menjelaskan bahwa kualitas sangat bervariasi tergantung pada siapa yang menyediakan layanan, kapan, di mana, dan kepada siapa. Dalam konteks rumah sakit, sumber heterogenitas berlapis: variabilitas antar-individu tenaga medis, variabilitas intra-individu bergantung kondisi dan beban kerja, variabilitas antar-pasien, serta variabilitas kontekstual.

Donabedian (1988) membedakan tiga dimensi kualitas layanan kesehatan: *structure*, *process*, dan *outcome*. Heterogenitas dapat terjadi di ketiga level ini. Strategi pengelolannya mencakup: standardisasi input melalui rekrutmen berbasis kompetensi dan persyaratan lisensi yang ketat; standardisasi proses melalui *Clinical Practice Guidelines* (CPG) berbasis bukti dan SPO komprehensif; serta audit klinis reguler. Greenfield et al. (2012) dalam review komparatif 14 negara menemukan bahwa rumah sakit terakreditasi secara konsisten menunjukkan variabilitas kualitas lebih rendah dan *outcome* pasien lebih baik. Dari perspektif SDM, CPD terstruktur merupakan investasi strategis dalam pengendalian kualitas yang berkelanjutan.

### 3.6 Perishabilitas: Manajemen Kapasitas

Perishabilitas (n=10; 21,7%) mengacu pada ketidakmampuan jasa untuk disimpan atau diinventarisasi. Lovelock dan Wright (2002, h. 14) menggambarkan bahwa kapasitas layanan yang tidak terpakai tidak dapat disimpan untuk digunakan di masa mendatang. Dalam konteks rumah sakit, manifestasinya sangat konkrit: tempat tidur kosong tidak dapat dikumulasi, waktu dokter yang tidak terisi tidak dapat dipindahkan ke jadwal lain. Ketidaksiharian antara permintaan dan kapasitas dapat terjadi dua arah: *overcapacity* yang mengakibatkan pemborosan, atau *undercapacity* yang mengakibatkan antrian dan penurunan kualitas layanan.

Sasser (1976) mengidentifikasi dua strategi generik: manajemen permintaan dan manajemen kapasitas. Strategi manajemen permintaan yang efektif mencakup sistem antrian digital, penetapan tarif diferensial, dan pengembangan *telemedicine*. Mehrotra et al. (2017) menunjukkan bahwa *telemedicine* tidak hanya efektif mengurangi beban antrian, tetapi juga meningkatkan aksesibilitas bagi populasi terpencil. Strategi manajemen kapasitas mencakup pengembangan tenaga kerja fleksibel, optimasi utilisasi peralatan, dan perencanaan *surge capacity*. Dalam perspektif SDM, perishabilitas mengimplikasikan pentingnya *workforce planning* berbasis prediksi permintaan yang akurat.

### 3.7 Karakteristik Tambahan: Keterlibatan Pelanggan dan Asimetri Informasi

Keterlibatan pelanggan (*ko-produksi*). Mills dan Morris (1986) mencatat bahwa dalam berbagai bentuk jasa, pelanggan berperan aktif sebagai *partial employees*. Dalam layanan medis, keterlibatan pasien sangat tinggi dan berdampak langsung pada *outcome* klinis melalui kepatuhan pengobatan, kejujuran anamnesis, dan komitmen perubahan perilaku kesehatan. Konsep *patient-centered care* (Institute of Medicine, 2001) menempatkan pasien sebagai mitra aktif dalam proses produksi layanan. Implikasinya, rumah sakit perlu merancang sistem yang memfasilitasi keterlibatan produktif pasien melalui program edukasi komprehensif, *shared decision-making*, dan platform digital pemantauan kesehatan mandiri. Hibbard dan Greene (2013) menemukan bahwa pasien dengan tingkat aktivasi tinggi menghasilkan *outcome* kesehatan lebih baik dengan biaya lebih rendah.

Asimetri informasi dan kepercayaan. Arrow (1963) mengidentifikasi asimetri informasi sebagai karakteristik paling distingtif pasar layanan kesehatan. Pasien tidak mampu mengevaluasi secara independen akurasi diagnosis atau kualitas tindakan medis yang diterimanya. Dari perspektif manajemen, ini memiliki implikasi ganda: kewajiban etis mengelola asimetri melalui informed consent yang bermakna dan transparansi komunikasi, sekaligus kebutuhan strategis membangun kepercayaan melalui konsistensi kualitas dan integritas profesional tenaga medis.

### 3.8 Kerangka Integratif: Strategi Berbasis IHIP

Sintesis dari seluruh temuan menghasilkan kerangka integratif yang menegaskan bahwa keterkaitan antar-karakteristik IHIP sangat kritis untuk dikelola secara holistik. Intangibilitas yang tinggi memperkuat pentingnya manajemen service encounter yang berkualitas sebagai mekanisme utama tangibilisasi layanan melalui pengalaman langsung pasien. Heterogenitas mendorong kebutuhan sistem quality assurance berbasis learning organization. Perishabilitas mendorong inovasi desain proses layanan yang efisien bahkan dalam kondisi tekanan kapasitas. Keterlibatan pelanggan menuntut desain sistem yang memfasilitasi ko-produksi produktif.

Tabel 2. Matriks Strategi Manajerial Berbasis Karakteristik IHIP Rumah Sakit

Karakteristik	Tantangan Utama RS	Strategi Terbukti Efektif	Referensi
Intangibilitas	Pasien sulit menilai kualitas; keputusan bergantung pada sinyal ekstrinsik	Manajemen physical evidence, akreditasi KARS/JCI, program transparansi kualitas, testimonial dan word-of-mouth	Lovelock & Wright (2002); Zeithaml et al. (2018)
Inseparabilitas	Tidak ada quality control ex ante; skalabilitas terbatas; setiap interaksi bersifat unik	Pelatihan komunikasi empatik, service blueprint, manajemen moments of truth (Carlzon, 1987)	Bitner (1992); Berry et al. (2017)
Heterogenitas	Variasi kualitas antar-individu dan antar-waktu sulit dikendalikan secara penuh	Implementasi CPG berbasis bukti, peer review, CPD terstruktur, audit klinis reguler	Donabedian (1988); Gronroos (2007)
Perishabilitas	Kapasitas menganggur di luar jam sibuk vs. antrian panjang saat jam puncak	Sistem antrian digital, telemedicine, fleksibilitas jadwal tenaga medis, surge capacity planning	Sasser (1976); Lovelock & Wright (2002)

Dari perspektif Lovelock dan Wright (2002), seluruh karakteristik ini memiliki implikasi langsung terhadap bauran pemasaran jasa 8P. Intangibilitas memengaruhi Physical Evidence dan Promotion. Inseparabilitas menentukan People dan Process. Heterogenitas menjadi domain utama Productivity and Quality. Perishabilitas berkaitan langsung dengan Place and Time serta Pricing. Pemahaman mendalam tentang karakteristik jasa rumah sakit dengan demikian menjadi peta jalan komprehensif bagi pengembangan strategi manajemen yang efektif dan holistik.

## 4. Kesimpulan

Tinjauan literatur sistematis ini mensintesis 46 studi bereputasi tentang karakteristik jasa rumah sakit dan menghasilkan enam kesimpulan utama. Pertama, kerangka IHIP Lovelock dan Wright (2002) terbukti tetap relevan dan secara konsisten didukung bukti empiris kontemporer dalam konteks manajemen rumah sakit. IHIP adalah determinan struktural yang membentuk seluruh aspek manajemen operasional, pemasaran, dan SDM. Kedua, intangibilitas mensyaratkan kompetensi khusus dalam mengelola physical evidence, reputasi, dan komunikasi layanan sebagai mekanisme pengganti sinyal kualitas yang tidak dapat diobservasi langsung; akreditasi dan transparansi kualitas klinis merupakan respons strategis yang paling terbukti efektif. Ketiga, inseparabilitas menjadikan setiap service encounter sebagai momen paling kritis dalam pembentukan persepsi kualitas pasien; investasi dalam kompetensi komunikasi dan empati tenaga medis merupakan prioritas strategis yang tidak dapat dikompromikan. Keempat, heterogenitas menuntut pendekatan multi-level mengintegrasikan standarisasi proses melalui CPG, pengembangan kompetensi individu melalui CPD, dan sistem quality assurance berbasis learning organization. Kelima, perishabilitas menuntut kapabilitas manajemen kapasitas yang canggih dan berbasis prediksi, dengan telemedicine dan flexible workforce sebagai instrumen yang semakin tidak dapat diabaikan. Keenam, keterlibatan pelanggan dan asimetri informasi merupakan karakteristik tambahan yang signifikan dan harus diintegrasikan ke dalam kerangka analisis secara komprehensif. Keterbatasan penelitian ini mencakup heterogenitas metodologis studi yang diinklusi, potensi publication bias, dan dominasi studi dari negara maju. Penelitian mendatang disarankan mengembangkan instrumen pengukuran terintegrasi karakteristik jasa rumah sakit dan studi longitudinal yang mengkaji dampak intervensi manajerial berbasis IHIP terhadap kinerja klinis dan

finansial rumah sakit Indonesia.

## Referensi

1. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
2. Berry, L. L., Danaher, T. S., Chapman, R. A., & Awdish, R. L. A. (2017). Role of kindness in cancer care. *Journal of Oncology Practice*, 13(11), 744-750. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026195>
3. Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, 56(2), 57-71. <https://doi.org/10.1177/002224299205600205>
4. Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). Service blueprinting: A practical technique for service innovation. *California Management Review*, 50(3), 66-94. <https://doi.org/10.2307/41166446>
5. Carlzon, J. (1987). *Moments of truth*. Harper & Row.
6. Darby, M. R., & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law and Economics*, 16(1), 67-88. <https://doi.org/10.1086/466756>
7. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
8. Greenfield, D., Braithwaite, J., Hogden, A., & Pawsey, M. (2012). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1), 70-83.
9. Gronroos, C. (2007). *Service management and marketing: Customer management in service competition* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
10. Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation. *Health Affairs*, 32(2), 207-214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
11. Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
12. 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. *Education for Information*, 34(4), 285-291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
13. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
14. Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2022*. Kemenkes RI.
15. Lovelock, C., & Wright, L. (2002). *Principles of service marketing and management* (2nd ed.). Prentice Hall.
16. Mehrotra, A., Huskamp, H. A., Souza, J., Uscher-Pines, L., Rose, S., Landon, B. E., Lave, J. R., & Busch, A. B. (2017). Rapid growth in mental health telemedicine use among rural Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 36(5), 909-917. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1461>
17. Mills, P. K., & Morris, J. H. (1986). Clients as partial employees of service organizations. *Academy of Management Review*, 11(4), 726-735. <https://doi.org/10.5465/amr.1986.4283916>
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. *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. Sasser, W. E. (1976). Match supply and demand in service industries. *Harvard Business Review*, 54(6), 133-140.
21. Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
22. Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
23. WHO. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.
24. Zeithaml, V. A. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. In J. H. Donnelly & W. R. George (Eds.), *Marketing of Services* (pp. 186-190). American Marketing Association.
25. Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2018). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm* (7th ed.). McGraw-Hill Education.