



BAB II **TINJAUAN PUSTAKA**

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Grand Teori dan Fondasi Konseptual

2.1.1 Konsep *Promotion Mix*

Konsep *promotion mix* merupakan bagian dari bauran pemasaran (marketing mix) yang berfungsi sebagai alat komunikasi antara organisasi dan pasar sasaran. Dalam kerangka pemasaran modern, *promotion mix* digunakan untuk menyampaikan informasi, membujuk, serta mengingatkan konsumen mengenai produk atau jasa yang ditawarkan (Kotler & Keller, 2012).

Secara konseptual, *promotion mix* berkembang dari model marketing mix yang diperkenalkan oleh McCarthy melalui kerangka 4P, yaitu *product*, *price*, *place*, dan *promotion*. Dalam model tersebut, *promotion* berperan sebagai elemen yang menghubungkan organisasi dengan konsumen melalui aktivitas komunikasi pemasaran. Namun, *promotion* dalam konteks ini masih bersifat umum dan belum menjelaskan secara rinci alat komunikasi yang digunakan.

Pengembangan konsep *promotion mix* dalam perspektif manajemen operasional dijelaskan oleh Kotler dan Keller sebagai suatu kombinasi berbagai alat komunikasi pemasaran yang digunakan secara terpadu untuk mencapai tujuan komunikasi organisasi.

Promotion mix terdiri dari beberapa elemen utama, yaitu *advertising*, *personal selling*, *sales promotion*, *public relations*, dan *direct marketing*. Masing-masing elemen memiliki karakteristik dan fungsi yang berbeda. Namun demikian, seluruh komponen tersebut saling melengkapi dan perlu dikelola secara terintegrasi agar mampu menciptakan komunikasi pemasaran yang efektif.

Dalam konteks pemasaran jasa, termasuk layanan kesehatan, konsep ini perlu dipahami secara lebih luas dengan mempertimbangkan karakteristik jasa yang *intangible*, *inseparable*, dan *highly interactive*. Oleh karena itu, Booms dan Bitner (1981) mengembangkan model 7P yang menambahkan elemen *people*, *process*, dan *physical evidence*. Meskipun 7P bukan bagian langsung dari *promotion mix*, model ini memberikan konteks bahwa efektivitas komunikasi pemasaran dalam jasa sangat dipengaruhi oleh interaksi manusia dan proses pelayanan yang dialami pelanggan.

Seiring perkembangan teknologi, *promotion mix* juga mengalami transformasi dengan masuknya digital marketing dan media sosial sebagai saluran komunikasi utama. Digital marketing memungkinkan komunikasi dua arah, peningkatan akses informasi, serta segmentasi pasar yang lebih spesifik dan terukur. Dalam sektor kesehatan, peran digital marketing menjadi semakin penting karena memengaruhi proses pencarian informasi, pembentukan ekspektasi, serta pengambilan keputusan pasien dalam memilih layanan kesehatan (Chaffey, 2019).

Dalam penelitian ini, *promotion mix* dipahami sebagai kombinasi strategis dari *advertising*, *personal selling*, *sales promotion*, *public relations*, serta *digital marketing* yang digunakan rumah sakit untuk mengkomunikasikan nilai layanan kepada pasien. Kelima dimensi tersebut berperan dalam membentuk *brand awareness*, membangun kepercayaan, serta membentuk ekspektasi awal pasien sebelum menerima layanan.

Dengan demikian, *promotion mix* dalam penelitian ini tidak hanya berfungsi sebagai alat komunikasi pemasaran, tetapi juga sebagai faktor pembentuk ekspektasi pasien yang selanjutnya memengaruhi persepsi mutu pelayanan dan tingkat kepuasan pasien.

2.1.2 Teori Mutu Pelayanan SERVQUAL Model

Mutu pelayanan merupakan konsep multidimensi yang mengukur persepsi konsumen terhadap mutu pelayanan yang diterima dibandingkan dengan ekspektasi awal mereka. Teori ini dikembangkan melalui penelitian ekstensif oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) di berbagai industri jasa termasuk *banking, insurance, dan hospitality*.

Melalui studi kualitatif dan kuantitatif yang mendalam, mereka mengidentifikasi bahwa mutu pelayanan bukanlah konsep unidimensi, tetapi merupakan konstruk multidimensi yang dapat diukur melalui lima dimensi utama yang konsisten di berbagai sektor jasa. Model yang mereka kembangkan kemudian dikenal sebagai SERVQUAL Model yang menjadi gold standard untuk mengukur mutu pelayanan di industri jasa di tingkat internasional (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

Model SERVQUAL mendefinisikan mutu pelayanan sebagai gap atau kesenjangan antara dua *perceptions* penting yaitu ekspektasi konsumen sebelum menggunakan layanan (*expected service*) dan persepsi konsumen terhadap performa layanan aktual yang diterima (*perceived service*).

Lima dimensi dalam SERVQUAL adalah *tangibility* (bukti fisik) yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, penampilan staf, *reliability* (keandalan) yang meliputi konsistensi dan ketepatan waktu layanan, *responsiveness* (daya tanggap) yang meliputi kesediaan dan kecepatan staf merespons kebutuhan, *assurance* (jaminan) yang meliputi kompetensi dan profesionalisme staf dan *empathy* (empati) yang meliputi perhatian

individual dan pemahaman kebutuhan konsumen (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1990; Parasuraman et al., 1991).

Mutu pelayanan secara langsung dipengaruhi oleh kualitas manajemen operasional rumah sakit. Manajemen operasional yang efektif memungkinkan rumah sakit mengelola alur pelayanan, sumber daya manusia, serta fasilitas secara optimal, sehingga berdampak positif pada persepsi mutu pelayanan yang dirasakan pasien (Donabedian, 2003; Heizer et al., 2017).

Studi terbaru menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh aspek teknis, tetapi juga oleh kualitas interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien, yang secara signifikan memengaruhi kepuasan pasien (Ferreira et al., 2023). Penelitian terbaru lainnya juga menunjukkan bahwa mutu pelayanan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien di rumah sakit, khususnya dalam konteks pelayanan rawat inap, di mana dimensi kualitas layanan secara langsung memengaruhi pengalaman pasien secara keseluruhan (Dan & Tamayo, 2024).

Dengan demikian, mutu pelayanan tidak hanya berperan sebagai *outcome* dari pengelolaan layanan, tetapi juga sebagai determinan utama dalam pembentukan kepuasan pasien. Oleh karena itu, dalam penelitian ini mutu pelayanan diposisikan sebagai variabel mediasi karena merupakan hasil konkret dan terukur dari implementasi *promotion mix* (promotion membentuk ekspektasi awal pasien) dan manajemen operasional (operasi memastikan performa aktual). Berdasarkan *Expectation Confirmation Theory*, mutu pelayanan merupakan perantara mekanistik

(mechanism) kunci antara ekspektasi yang dibentuk promotion mix dan kepuasan pasien yang menjadi outcome akhir.

2.1.3 Teori Manajemen Operasional

Avedis Donabedian (1988) mengembangkan kerangka konseptual komprehensif untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan yang telah menjadi paradigma dominan dalam *health services research* di tingkat internasional selama lebih dari 30 tahun. Model ini dikenal sebagai Donabedian Model atau *Structure Process Outcome* (SPO) *framework* yang mengidentifikasi tiga dimensi utama dalam evaluasi mutu pelayanan kesehatan yaitu *structure* (struktur) yang mengacu pada karakteristik organisasi dan *resources*, *process* (proses) yang mengacu pada aktivitas dalam memberikan layanan dan *outcome* (hasil) yang mengacu pada hasil akhir dari layanan yang diberikan.

Model ini berasal dari pemahaman bahwa untuk mencapai *outcome* berkualitas, diperlukan struktur yang baik yang mendukung proses yang efisien, dan proses yang efisien akan menghasilkan *outcome* yang memuaskan (Donabedian, 1988; Maxwell, 1992; Donabedian, 2003).

Structure (Struktur) mengacu pada karakteristik organisasi rumah sakit dan sumber daya yang tersedia untuk menyelenggarakan perawatan kesehatan. Elemen struktur meliputi fasilitas fisik, peralatan medis yang tersedia dan kondisinya, jumlah tempat tidur untuk berbagai unit perawatan, kompetensi dan jumlah tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas medis), serta sistem informasi dan teknologi yang mendukung manajemen operasional.

Pada penelitian ini, infrastruktur *bed management* seperti sistem alokasi bed yang terstruktur, sistem informasi bed yang terintegrasi dan *real time*, dan protokol koordinasi yang jelas antara unit-unit yang berbeda merupakan elemen penting dari dimensi struktur dalam model Donabedian (Donabedian, 1988; Campbell et al., 2000; Shaw, 2003).

Process (Proses) mengacu pada aktivitas dan prosedur konkret yang dilakukan dalam memberikan perawatan kepada pasien, mulai dari penerimaan pasien masuk rumah sakit, diagnosis awal, pemberian terapi, hingga proses pemulangan pasien. Proses mencakup interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan, prosedur medis yang dilakukan, koordinasi antarunit dalam memberikan perawatan, dan keterlibatan pasien dalam keputusan-keputusan kesehatan.

Pada penelitian ini, manajemen operasional khususnya *bed management process* (proses alokasi bed yang responsif, koordinasi admisi antar unit, optimalisasi *turn around time*) dan *discharge planning process* (penilaian pra pulang yang komprehensif, edukasi pasien yang memadai, perencanaan follow up yang jelas) merupakan elemen kritis dari dimensi proses layanan kesehatan (Donabedian, 1988; Berwick et al., 1992; Ovretveit & Gustafsson, 2002).

Outcome (Hasil) mengacu pada hasil akhir dari layanan kesehatan yang diberikan. *Outcome* dapat dibedakan menjadi dua kategori yaitu *clinical outcomes* yang mengacu pada hasil klinis berupa perubahan status kesehatan pasien, kesembuhan dari penyakit, pencegahan komplikasi, mortalitas dan morbiditas dan *non clinical outcomes* yang mengacu pada hasil non medis berupa kepuasan pasien, kualitas hidup pasien,

readmission rate, atau *behavioral intention* seperti *intention* untuk kembali menggunakan layanan atau merekomendasikan layanan kepada orang lain.

Donabedian (1988) menekankan bahwa *outcome* yang optimal tidak hanya diukur dari hasil klinis semata, tetapi juga harus mempertimbangkan dimensi non klinis yang mencerminkan pengalaman dan kepuasan pasien selama proses perawatan. Pada penelitian ini kepuasan pasien adalah *outcome* karena *outcome* ini mencerminkan bagaimana pasien merasakan dan mengevaluasi keseluruhan pengalaman mereka di rumah sakit (Donabedian, 1988, 2005; Aharony & Strasser, 1993; O'Connor et al., 2008).

Integrasi antara struktur, proses, dan *outcome* menciptakan suatu sistem kesehatan yang holistik dan berkualitas. Donabedian (1988) menekankan bahwa hubungan antara ketiga dimensi ini bukanlah linear sederhana, tetapi merupakan hubungan yang kompleks dan saling bergantung, struktur yang tidak memadai akan menghambat proses yang baik, dan proses yang tidak efisien akan menghasilkan *outcome* yang optimal, sekalipun struktur sudah tersedia. Struktur yang baik dengan proses design yang bagus dan terkoordinasi dengan baik akan menghasilkan *outcome* yang superior (Donabedian, 1988, 2003; Aharony & Strasser, 1993; Hekkert et al., 2009)

Grand theory yang digunakan dalam manajemen operasional pada penelitian ini adalah model Donabedian. Model ini dipilih karena menyediakan kerangka kerja yang komprehensif dan telah teruji untuk memahami hubungan kausal antara struktur, proses, dan *outcome* dalam layanan kesehatan.

Dalam konteks ini, struktur manajemen operasional mencakup sistem *bed management*, proses meliputi pelaksanaan *bed management* dan *discharge planning*, sedangkan *outcome* yang diukur adalah kepuasan pasien. Model Donabedian memungkinkan analisis yang sistematis terhadap bagaimana struktur dan proses yang ada dapat memengaruhi hasil layanan yang dirasakan pasien.

Selain itu, model ini mengintegrasikan perspektif efisiensi operasional dengan pencapaian hasil layanan yang berkualitas dan memuaskan. Donabedian juga telah menjadi referensi standar dalam evaluasi mutu pelayanan kesehatan di tingkat internasional, serta diadopsi oleh berbagai organisasi seperti WHO, lembaga akreditasi kesehatan, dan institusi penelitian di berbagai negara.

Keunggulan lain dari model ini adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi *bottleneck* atau hambatan spesifik dalam sistem manajemen operasional rumah sakit. Dengan demikian, model ini dapat memberikan dasar yang kuat untuk merancang intervensi yang lebih terarah dan berbasis bukti (Donabedian, 1988; Hekkert et al., 2009; Institute of Medicine, 2001).

2.1.4 Teori Kepuasan Pasien

Teori kepuasan konsumen yang paling relevan dan telah paling banyak di validasi dalam konteks *healthcare* adalah *Expectation Confirmation Theory* (ECT) yang dikembangkan secara pioneering oleh Richard L. Oliver (1980) dalam konteks industri *consumer goods* dan kemudian secara luas diadopsi untuk menganalisis kepuasan di berbagai industri jasa termasuk *healthcare*.

Teori ini menawarkan penjelasan psikologis yang parsimoni namun powerful tentang bagaimana kepuasan konsumen terbentuk melalui proses perbandingan

sederhana namun fundamental antara dua elemen kognitif ekspektasi awal konsumen sebelum menggunakan produk/layanan, dan persepsi aktual konsumen terhadap performa layanan/produk yang sebenarnya diterima setelah konsumsi (Oliver, 1980; Anderson, 1973; Cadotte et al., 1987).

Menurut ECT, proses pembentukan kepuasan melibatkan mekanisme *sequensial* sebagai berikut:

1. *Expectation formation* atau pembentukan ekspektasi. Sebelum menggunakan layanan, pasien terlebih dahulu membentuk harapan mengenai kualitas dan kinerja layanan yang akan diterima. Harapan ini dipengaruhi oleh berbagai sumber, baik eksternal seperti komunikasi pemasaran (iklan, media sosial, public relations) maupun internal seperti pengalaman sebelumnya dan informasi dari orang lain. Ekspektasi ini kemudian menjadi acuan dalam menilai kinerja layanan yang sebenarnya. (Oliver, 1980; DeCarlo, 2005).
2. *Consumption experience* dan *performance perception*. Pada tahap ini, pasien mulai mengalami secara langsung layanan yang diberikan. Melalui interaksi dengan tenaga kesehatan, mutu pelayanan yang dirasakan, serta pengalaman selama proses pelayanan, pasien membentuk persepsi mengenai kinerja aktual layanan tersebut. (Oliver, 1980; Zeithaml et al., 2006).
3. *Confirmation or Disconfirmation of Expectations* pasien membandingkan antara ekspektasi awal dengan kinerja layanan yang mereka rasakan. Perbandingan ini menentukan apakah layanan tersebut memenuhi, melampaui, atau justru tidak memenuhi harapan. (Oliver, 1980; Oliver & Swan, 1989; Swan & Trawick, 1981).

4. Pembentukan kepuasan atau ketidakpuasan (*satisfaction/dissatisfaction formation*). Jika kinerja layanan sesuai atau melebihi ekspektasi (konfirmasi positif), maka akan terbentuk kepuasan. Sebaliknya, jika kinerja layanan berada di bawah ekspektasi (diskonfirmasi negatif), maka akan timbul ketidakpuasan. Tingkat kepuasan atau ketidakpuasan ini sangat dipengaruhi oleh besar kecilnya kesenjangan antara harapan dan kinerja yang dirasakan. (Oliver, 1980; LaTour & Peat, 1979).
5. *Behavioral Intention Formation* (Pembentukan Intensi Perilaku). Kepuasan atau ketidakpuasan yang terbentuk akan memengaruhi perilaku pasien di masa mendatang. Pasien yang puas cenderung memiliki niat untuk kembali menggunakan layanan, merekomendasikan kepada orang lain, serta menunjukkan loyalitas. Sebaliknya, pasien yang tidak puas cenderung memiliki niat untuk beralih ke penyedia layanan lain, menyampaikan keluhan, atau menyebarkan pengalaman negatif. (Oliver, 1997; Boulding et al., 1993; Anderson & Sullivan, 1993).

Kontribusi penting Oliver (1997) adalah menambahkan dimensi afektif/emosional dalam pembentukan kepuasan di samping dimensi kognitif yang telah dibahas di atas. Beliau menekankan bahwa kepuasan bukan hanya soal perbandingan kognitif antara ekspektasi dan performa (*cognitive disconfirmation*), tetapi juga melibatkan *emotional response* pasien terhadap layanan yang diterima. Emosi yang merupakan bagian integral dari kepuasan termasuk: perasaan aman (*safety*), dihargai (*valued*), diperhatikan (*cared for*), diberdayakan (*empowered*) dalam

proses perawatan (Oliver, 1997; Linder-Pelz & Stuart-Hamilton, 1991; Johnson & Fornell, 1991).

Expectation Confirmation Theory (ECT) dipilih sebagai grand teori karena:

1. Menyediakan kerangka kerja yang kohesif dan mudah dipahami untuk menjelaskan hubungan antara komunikasi pemasaran khususnya *promotion mix* dengan kepuasan pelanggan. Melalui teori ini, dapat dipahami bahwa aktivitas promosi berperan penting dalam membentuk ekspektasi awal pasien sebelum menggunakan layanan.
2. Menjelaskan mengapa *promotion mix* yang tidak optimal dapat berujung pada ketidakpuasan pasien. Promosi yang lemah dapat menyebabkan ekspektasi pasien tidak terbentuk dengan baik atau menjadi tidak realistis. Dalam hal ini, mutu pelayanan (*service quality*) menjadi faktor penting sebagai penghubung, karena kinerja layanan yang aktual harus mampu memenuhi ekspektasi yang telah terbentuk.
3. Teori ini secara tegas menekankan peran mutu pelayanan sebagai variabel mediasi dalam hubungan antara upaya pemasaran dan hasil kepuasan. Artinya, meskipun promosi berhasil menarik perhatian dan membentuk ekspektasi, kepuasan tetap sangat ditentukan oleh pengalaman nyata pasien terhadap mutu pelayanan yang diterima.
4. Telah divalidasi secara luas dalam berbagai konteks layanan kesehatan di berbagai negara, dengan hasil penelitian yang menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien. Hal ini memperkuat relevansi dan keandalan teori ini untuk digunakan dalam penelitian di bidang kesehatan..

5. Memberikan dasar teoritis yang kuat untuk mengoperasionalkan pengukuran kepuasan pasien dalam penelitian. Dengan tahapan yang jelas, peneliti dapat mengukur variabel-variabel seperti ekspektasi, persepsi kinerja, hingga tingkat kepuasan secara lebih sistematis (Oliver, 1980, 1997; Williams et al., 1998; Paddock et al., 2010).

Kepuasan pasien dalam layanan kesehatan modern dipengaruhi oleh kombinasi antara kualitas pelayanan, efisiensi operasional, serta pengalaman pasien selama menjalani perawatan (Chowdhury, 2024).

2.2 *Promotion Mix* di Rumah Sakit

2.2.1 Konsep dan Definisi *Promotion Mix*

Promotion mix merupakan salah satu komponen utama dalam bauran pemasaran yang berfungsi sebagai sarana komunikasi strategis antara organisasi dan pasar sasaran. *Promotion mix* didefinisikan sebagai kombinasi berbagai alat komunikasi pemasaran yang digunakan untuk menyampaikan nilai, membujuk, serta memengaruhi perilaku konsumen agar memberikan respons yang diharapkan. Menurut Kotler dan Keller (2016). *Promotion mix* terdiri atas seperangkat alat pemasaran taktis yang dirancang untuk membangun hubungan dengan konsumen melalui penyampaian pesan yang terintegrasi dan konsisten.

Promotion mix mencakup lima elemen utama, yaitu periklanan (*advertising*), penjualan personal (*personal selling*), promosi penjualan (*sales promotion*), hubungan masyarakat (*public relations*) dan pemasaran langsung (*direct marketing*) (Kotler & Armstrong, 2018; OpenStax, 2020).

Seiring perkembangan teknologi informasi dan perubahan perilaku konsumen, *promotion mix* mengalami perluasan dengan memasukkan pemasaran digital dan media sosial sebagai bagian penting dari strategi komunikasi pemasaran modern (Lamberton & Stephen, 2016).

Promotion mix di rumah sakit tidak hanya bertujuan untuk menarik pasien, tetapi juga berfungsi sebagai media edukasi kesehatan, pembentukan persepsi mutu pelayanan, serta penguatan citra institusi pelayanan kesehatan. Strategi promosi yang tepat dapat meningkatkan kesadaran masyarakat, membangun kepercayaan, dan memengaruhi keputusan pasien dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan (Al-Zyoud, 2019; Widodo et al., 2023).

2.2.2 Perkembangan Teori *Promotion Mix*

Konsep *promotion mix* berkembang dari kerangka *promotion mix* yang diperkenalkan oleh Borden dan dipopulerkan melalui model 4P oleh McCarthy. Model ini menjadi paradigma dominan dalam kajian pemasaran, namun mendapat kritik karena dinilai terlalu berorientasi pada produsen dan kurang merepresentasikan perspektif konsumen, khususnya dalam sektor jasa (Goi, 2009; Möller, 2006).

Popovic (2006) menyatakan bahwa model 4P perlu disesuaikan agar lebih *customer oriented* dan responsif terhadap dinamika kebutuhan konsumen modern. Perkembangan ini mendorong lahirnya pendekatan *Integrated Marketing Communications* (IMC), yang menekankan pentingnya integrasi seluruh elemen komunikasi pemasaran untuk menyampaikan pesan yang konsisten, kredibel, dan terkoordinasi (Kotler & Keller, 2016).

Dalam sektor kesehatan, pendekatan IMC menjadi semakin relevan karena rumah sakit beroperasi dalam lingkungan yang berisiko tinggi, diatur secara ketat, dan sangat bergantung pada kepercayaan publik. Oleh karena itu, promosi rumah sakit harus memperhatikan keseimbangan antara efektivitas komunikasi pemasaran, etika profesi, serta regulasi pelayanan kesehatan (Lamberton & Stephen, 2016; Widodo et al., 2023).

2.2.3 Elemen-elemen *Promotion Mix*

2.2.3.1 Periklanan (*Advertising*)

Periklanan merupakan bentuk komunikasi nonpersonal berbayar yang digunakan untuk menyampaikan informasi mengenai ide, barang, atau jasa melalui berbagai media. Dalam rumah sakit, periklanan dilakukan melalui media cetak, elektronik, luar ruang, dan media digital dengan tujuan meningkatkan kesadaran masyarakat dan membangun citra institusi (Kotler & Keller, 2016).

Efektivitas periklanan dalam layanan kesehatan relatif terbatas karena keputusan pasien lebih banyak dipengaruhi oleh reputasi profesional, rekomendasi tenaga kesehatan, dan pengalaman pasien lain. Oleh karena itu, periklanan rumah sakit lebih efektif apabila diarahkan pada edukasi kesehatan dan penyampaian informasi berbasis kebutuhan pasien (Widodo et al., 2023).

2.2.3.2 Penjualan Personal (*Personal selling*)

Penjualan personal merupakan komunikasi langsung antara perwakilan organisasi dan calon pengguna jasa. Dalam konteks rumah sakit, *personal selling* dapat berupa presentasi layanan, penyuluhan kesehatan, serta komunikasi langsung antara

tenaga kesehatan dan pasien. Keunggulan utama *personal selling* terletak pada kemampuannya membangun hubungan interpersonal dan menyampaikan pesan secara personal (Kotler & Armstrong, 2018).

Meskipun efektif dalam membangun hubungan, *personal selling* memiliki keterbatasan dari sisi biaya dan jangkauan, sehingga perlu disinergikan dengan elemen *promotion mix* lainnya agar lebih efisien dan berkelanjutan.

Dalam perspektif pemasaran jasa, *personal selling* memiliki peran yang lebih penting dibandingkan pada pemasaran produk berwujud karena jasa bersifat *intangible*, *inseparable*, dan *high credence*. Pasien sering kali tidak mampu menilai kualitas layanan kesehatan sebelum menggunakannya sehingga mereka sangat bergantung pada informasi dan komunikasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan maupun petugas rumah sakit. Oleh karena itu, interaksi interpersonal menjadi sarana utama dalam membangun kepercayaan dan mengurangi ketidakpastian pasien terhadap layanan yang akan diterima (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2018).

Kotler dan Keller (2016) menjelaskan bahwa *personal selling* merupakan bentuk komunikasi pemasaran yang paling efektif dalam memengaruhi sikap dan keputusan konsumen karena memungkinkan terjadinya komunikasi dua arah, umpan balik langsung, serta penyesuaian pesan sesuai kebutuhan individu. Dalam konteks rumah sakit, *personal selling* tidak hanya dilakukan oleh petugas pemasaran, tetapi juga oleh tenaga kesehatan, petugas pendaftaran, customer service, dan seluruh frontliner yang berinteraksi langsung dengan pasien.

Sejalan dengan konsep *Integrated Marketing Communications (IMC)*, *personal selling* berfungsi sebagai penghubung antara pesan promosi yang disampaikan rumah sakit dengan pengalaman nyata yang dirasakan pasien. Komunikasi yang ramah, empatik, responsif, dan informatif akan memperkuat persepsi positif terhadap rumah sakit serta meningkatkan kepercayaan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan (Belch & Belch, 2021).

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa komunikasi interpersonal tenaga kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap kepercayaan, kepuasan, dan loyalitas pasien. Pasien cenderung lebih mempercayai informasi yang disampaikan secara langsung oleh tenaga kesehatan dibandingkan informasi yang diperoleh melalui media promosi lainnya karena dianggap lebih kredibel dan relevan dengan kondisi kesehatan yang dihadapi (Ferreira et al., 2023; Dan & Tamayo, 2024).

Dalam praktik rumah sakit modern, implementasi *personal selling* dapat dilakukan melalui beberapa strategi, yaitu:

1. Peningkatan kompetensi komunikasi tenaga kesehatan dan frontliner
2. Penyediaan layanan customer service yang responsif
3. Edukasi kesehatan secara langsung kepada pasien dan keluarga
4. Kegiatan penyuluhan kesehatan di masyarakat
5. Penguatan hubungan pasca pelayanan melalui komunikasi tindak lanjut kepada pasien.

Dengan demikian, *personal selling* dalam layanan kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai alat promosi, tetapi juga menjadi bagian dari pengalaman pelayanan

(*service encounter*) yang secara langsung memengaruhi persepsi mutu pelayanan dan kepuasan pasien.

2.2.3.3 Promosi Penjualan (*Sales Promotion*)

Promosi penjualan merupakan insentif jangka pendek yang bertujuan mendorong penggunaan jasa atau meningkatkan minat masyarakat terhadap layanan tertentu. Dalam layanan kesehatan, promosi penjualan dapat berupa diskon pemeriksaan, paket medical check up, skrining kesehatan gratis, dan pameran kesehatan. Kotler dan Keller (2016) menyatakan bahwa promosi penjualan efektif dalam meningkatkan respons jangka pendek, namun memiliki keterbatasan dalam membangun loyalitas jangka panjang.

2.2.3.4 Hubungan Masyarakat (*Public Relations*)

Hubungan masyarakat merupakan aktivitas komunikasi yang bertujuan membangun dan memelihara hubungan positif antara organisasi dan publik. Dalam rumah sakit, *public relations* meliputi publikasi media, kegiatan sosial, edukasi kesehatan masyarakat, serta kerja sama dengan pemangku kepentingan. *Public relations* memiliki peran strategis dalam membangun citra dan kepercayaan masyarakat karena informasi disampaikan melalui pihak ketiga yang dianggap lebih objektif dan kredibel (Kotler & Armstrong, 2018; Sari et al., 2022).

2.2.3.5 Pemasaran Langsung (*Direct Marketing*)

Pemasaran langsung merupakan bentuk komunikasi langsung yang ditujukan kepada individu tertentu melalui media seperti surat, email, pesan singkat, dan platform digital. Dalam rumah sakit, pemasaran langsung digunakan untuk pengingat jadwal

kontrol, edukasi kesehatan personal, dan penyampaian informasi layanan tertentu. Keunggulan pemasaran langsung terletak pada tingkat personalisasi dan kemudahan pengukuran efektivitasnya, meskipun berpotensi dianggap intrusif oleh sebagian pasien (Kotler & Keller, 2016).

2.2.4 *Promotion Mix*, Mutu Pelayanan dan Kepuasan Pasien

Promotion mix tidak dapat dipisahkan dari mutu pelayanan dan kepuasan pasien. Promosi yang efektif akan membentuk ekspektasi pasien terhadap layanan yang diterima, sedangkan mutu pelayanan menentukan sejauh mana ekspektasi tersebut terpenuhi. Menurut model kualitas pelayanan Donabedian, mutu pelayanan tercermin melalui struktur, proses, dan *outcome* pelayanan yang pada akhirnya memengaruhi kepuasan pasien.

Promotion mix berperan membangun persepsi awal pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit, sedangkan pengalaman pelayanan aktual akan menentukan tingkat kepuasan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa promosi yang didukung oleh mutu pelayanan yang baik akan meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien, sedangkan promosi tanpa dukungan kualitas justru berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat (Al-Zyoud, 2019; Widodo et al., 2023).

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas *Promotion Mix* Rumah Sakit

Efektivitas *promotion mix* rumah sakit dipengaruhi oleh karakteristik pasien, tingkat literasi kesehatan, kompleksitas layanan, regulasi promosi kesehatan, tingkat persaingan antar fasilitas kesehatan, serta perkembangan teknologi digital. Integrasi promosi tradisional dengan media sosial dan komunikasi digital terbukti dapat

memperkuat dampak strategi promosi secara keseluruhan (Lamberton & Stephen, 2016; Sender, 2023).

2.3 Manajemen Operasional

2.3.1 Definisi dan Konsep *Bed management*

Bed management adalah proses manajemen yang terstruktur, komprehensif, dan multidisiplin dalam mengelola ketersediaan, alokasi, dan pemanfaatan tempat tidur (bed) di rumah sakit untuk memastikan efisiensi manajemen operasional maksimal, optimalisasi *resource utilization*, dan kepuasan pasien yang tinggi. Menurut *Healthcare Resource Management framework* yang diadaptasi dari teori manajemen operasional, *bed management* melibatkan beberapa dimensi manajemen operasional yang kritis dan saling bergantung pada perencanaan kapasitas tempat tidur & alokasi strategis yang mengacu pada perencanaan jangka panjang tentang jumlah optimal bed yang harus disediakan untuk setiap unit perawatan (ICU (*Intensive Care Unit*), NICU(*Neonatal Intensive Care Unit*), kelas I, II, III, dan unit khusus lainnya) berdasarkan *demand forecast*, *casemix analysis*, dan *acuity level* pasien yang biasanya dirawat. Alokasi strategic ini memerlukan analisis mendalam terhadap *admission patterns*, *length of stay profile*, dan *seasonal demand variation*.

Pelacakan tempat tidur secara *real time* dan komunikasi antar unit yang mengacu pada sistem informasi *real time* dan protokol komunikasi yang memastikan semua stakeholders (staf penerimaan, unit keperawatan, tata graha, farmasi, penagihan) memiliki akses kepada informasi status bed yang akurat dan updated (ketersediaan, menunggu pemulangan, sedang dibersihkan, sedang dalam perawatan). Koordinasi

proses penerimaan dan pemulangan pasien yang mengacu pada protokol dan proses standar yang memfasilitasi admisi yang mudah dengan waktu tunggu minimal, serta perpulangan yang terkoordinasi dengan baik antar departemen.

Bed Turnover Optimization (Optimalisasi Perputaran Bed) yang mengacu pada minimalisasi waktu penyelesaian (waktu antara perpulangan pasien satu dengan admisi pasien berikutnya untuk bed yang sama) melalui proses pembersihan dan persiapan yang efisien namun tetap menjaga standar kebersihan dan keselamatan (Proudlove et al., 2007; Mackay et al., 2014; Ball & Pike, 2007).

2.3.2 Indikator *Bed management* dan Standar Internasional

Performa *bed management* dapat diukur melalui sejumlah *Key Performance Indicators* (KPI) yang telah distandardisasi secara internasional oleh WHO, lembaga akreditasi layanan kesehatan, serta berbagai institusi penelitian di berbagai negara.

Salah satu indikator utama adalah *Bed Occupancy Ratio* (BOR). Berdasarkan standar Kementerian Kesehatan RI, nilai BOR yang optimal berada pada kisaran 60–85%. Rentang ini mencerminkan keseimbangan yang ideal antara pemanfaatan kapasitas tempat tidur secara efisien dari sisi keberlanjutan finansial rumah sakit, serta ketersediaan kapasitas yang cukup fleksibel untuk menangani kasus darurat maupun lonjakan kebutuhan layanan secara tiba-tiba tanpa harus menolak pasien.

Sebaliknya, BOR yang terlalu rendah (kurang dari 60%) menunjukkan bahwa kapasitas tempat tidur belum dimanfaatkan secara optimal, yang berimplikasi pada inefisiensi finansial. Di sisi lain, BOR yang terlalu tinggi (lebih dari 85%) mengindikasikan keterbatasan kapasitas tempat tidur, yang dapat menyebabkan

penolakan pasien rawat inap. Kondisi ini berpotensi menurunkan mutu pelayanan dan bahkan membahayakan keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2007; WHO, 2009; Ball & Pike, 2007).

Studi internasional oleh Gallivan et al. (2002) yang mencakup 180 rumah sakit di berbagai negara menunjukkan bahwa rumah sakit dengan BOR yang konsisten di angka 60-80% menunjukkan skor kepuasan pasien yang lebih tinggi (mean = 78.3) dibanding rumah sakit dengan BOR < 50% (mean = 65.4) atau > 85% (mean = 62.1), setelah mengontrol variabel lain seperti case-mix dan staffing levels. Studi ini mengindikasikan bahwa *bed management* yang optimal menghasilkan BOR dalam range ideal tidak hanya meningkatkan efisiensi manajemen operasional tetapi juga berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien (Gallivan et al., 2002; Proud love et al., 2007)

2.3.3 Signifikansi *Bed management* dalam Konteks Penelitian dan Hubungan dengan Kepuasan Pasien

Bed management yang buruk bukan hanya masalah manajemen operasional internal semata, tetapi memiliki implikasi langsung dan signifikan terhadap mutu pelayanan yang dirasakan pasien dan tingkat kepuasan mereka. *Bed management* yang tidak efisien akan menyebabkan beberapa efek negatif yang beruntun. Penundaan penerimaan dan peningkatan waktu tunggu. Pasien menunggu waktu yang lama di unit gawat darurat atau area rawat inap sebelum mendapat tempat tidur, yang menyebabkan kecemasan pasien, ketidaknyamanan fisik, dan kesan negatif langsung terhadap rumah sakit.

Proses pemulangan yang berbelit-belit dengan beberapa penundaan administratif (pemrosesan rekam medis, persiapan obat, finalisasi penagihan, pembersihan tempat tidur) menyebabkan pasien menginap lebih lama dari yang seharusnya secara medis, yang meningkatkan biaya perawatan, risiko infeksi nosokomial dan menurunkan kepuasan pasien.

Meningkatnya rata-rata readmisi, perpulangan yang tidak terkoordinasi dengan baik tanpa perencanaan pemulangan yang tepat dan follow up yang jelas menyebabkan pasien kembali dirawat dalam waktu pendek, yang merupakan sinyal dari transisi perawatan yang buruk dan kepuasan pasien yang rendah. Kekurangan tempat tidur atau keterlambatan masuk menyebabkan staf merasa frustrasi dan kewalahan, yang menghasilkan berkurangnya kepuasan staf, kelelahan yang lebih tinggi, dan pada akhirnya mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien menjadi rendah (Cowan & Warden, 2003; Lees et al., 2015; Cimiotti et al., 2012; Proudlove et al., 2007).

2.3.4 Perencanaan Pulang (*Discharge planning*)

2.3.4.1 Definisi Perencanaan Pulang

Perencanaan pulang adalah proses yang terstruktur, multidisiplin dan sistematis yang dimulai sejak fase awal pasien masuk rumah sakit dengan tujuan utama memastikan bahwa pada saat pasien pulang, mereka telah siap secara fisik, psikologis dan sosial (dengan dukungan social support yang memadai) untuk melanjutkan *recovery* di rumah, serta memastikan adanya keberlanjutan perawatan yang mulus dari rumah sakit ke komunitas atau pengaturan rumah.

Discharge planning bukanlah aktivitas akhir yang dilakukan saat pasien sudah siap pulang, tetapi merupakan proses perencanaan yang integral dengan keseluruhan episode perawatan mulai dari masuk hingga pulang (Naylor et al., 2004; De Geest & Harrison, 2004; Hesselink et al., 2012).

Definisi ini sejalan dengan konsep yang diusulkan oleh *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC) dan *American Hospital Association* yang menekankan bahwa perencanaan pulang yang efektif memerlukan:

1. Penilaian komprehensif terhadap kebutuhan dan kemampuan pasien
2. Komunikasi dan koordinasi yang jelas antar penyedia layanan kesehatan
3. Pendidikan pasien dan keluarga yang memadai,
4. Mengatur layanan tindak lanjut dan sumber daya masyarakat
5. Instruksi pemulangan terdokumentasi dengan jelas dan dapat dimengerti.

Filosofi *discharge planning* mengandung lima elemen utama yang fundamental yang terdiri dari :

1. *Planned & Structured Process* (Proses yang Terencana dan Terstruktur) yang berarti perpulangan tidak terjadi secara spontan ketika dokter menyatakan pasien sembuh, tetapi direncanakan secara sistematis dengan timeline yang jelas dan langkah aksi yang terukur.
2. *Multidisciplinary Collaboration* (Kolaborasi Multidisiplin) yang berarti proses melibatkan tim dari berbagai disiplin ilmu termasuk dokter, perawat, farmasi, pekerja sosial, gizi, fisioterapi dan bila perlu kesehatan mental.

3. *Patient & Family Centered Care* (Perawatan yang Berpusat pada Pasien & Keluarga) yang berarti pasien dan keluarga bukanlah penerima pasif tetapi partner aktif dan pengambil keputusan dalam proses rencana pulang dengan dukungan dari profesional kesehatan atau petugas medis.
4. *Evidence Based Practice* (Praktik Berbasis Bukti) yang berarti keputusan-keputusan perpulangan harus berdasarkan asesmen klinik yang objektif dan bukti praktik terbaik, bukan sekedar kesan klinis, kenyamanan subyektif atau administratif.
5. *Continuity of Care Focus* (Fokus pada Kontinuitas Perawatan) yang berarti tujuan utama rencana perpulangan adalah memastikan adanya perawatan terkoordinasi tanpa gangguan dari rumah sakit ke rumah pasien atau ke fasilitas kesehatan lainnya, bukan hanya melepas pasien pulang (Naylor et al., 2004; De Geest & Harrison, 2004; Hesselink et al., 2012).

2.3.4.2 Komponen Inti *Discharge planning*

Model *discharge planning* yang komprehensif dan berbasis bukti (*comprehensive and evidence-based discharge planning*) terdiri atas empat komponen inti yang saling terintegrasi dan berkesinambungan, yaitu penilaian pra-pulang, edukasi pasien dan keluarga, koordinasi perawatan dan tindak lanjut, serta perencanaan lingkungan dan dukungan sosial.

A. *Pre Discharge Assessment* (Penilaian Pra Pulang)

Penilaian pra pulang merupakan tahap fundamental dalam *discharge planning* yang harus dilakukan sejak awal pasien masuk (*admission*) dan diperbarui secara

berkala selama masa perawatan. Penilaian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik pasien dan merancang rencana pemulangan yang aman dan sesuai dengan kondisi pasien. Komponen penilaian pra-pulang meliputi:

1. *Clinical Assessment*, yaitu evaluasi objektif terhadap status medis pasien, stabilitas klinis, serta kesiapan medis untuk dipulangkan berdasarkan pedoman klinis dan penilaian dokter yang bertanggung jawab.
2. *Functional Assessment*, yaitu penilaian kemampuan pasien dalam melakukan *Activities of Daily Living* (ADL), seperti kebersihan diri, toileting, makan, dan mobilisasi, baik secara mandiri maupun dengan bantuan. Instrumen yang umum digunakan dan telah tervalidasi secara internasional antara lain *Functional Independence Measure* (FIM) dan *Katz Index of ADL*.
3. *Learning Needs Assessment*, yaitu identifikasi kebutuhan pengetahuan dan keterampilan yang harus dikuasai pasien dan keluarga untuk menjamin perawatan mandiri yang aman dan efektif di rumah.
4. *Social and Economic Assessment*, yaitu evaluasi kondisi sosial dan ekonomi pasien, termasuk situasi tempat tinggal, ketersediaan pengasuh, dukungan sosial, serta hambatan finansial yang berpotensi memengaruhi kepatuhan terhadap rencana perawatan.

Penilaian yang komprehensif pada tahap ini menjadi dasar dalam penyusunan rencana pemulangan yang individual dan berorientasi pada keselamatan pasien (Shepperd et al., 2010; Naylor et al., 2004).

B. *Patient and Family Education* (Edukasi Pasien dan Keluarga)

Edukasi pasien dan keluarga merupakan komponen krusial dalam *discharge planning* yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan kepercayaan diri pasien serta keluarga dalam mengelola perawatan pasca-rawat inap. Materi edukasi meliputi:

1. Informasi Penyakit, berupa penjelasan komprehensif mengenai kondisi medis pasien, prognosis, serta tanda dan gejala kegawatdaruratan yang memerlukan penanganan segera.
2. Manajemen Obat, yaitu edukasi rinci mengenai obat-obatan yang harus dikonsumsi di rumah, mencakup nama obat, indikasi, dosis, frekuensi, cara penggunaan, potensi efek samping, serta tindakan yang harus dilakukan apabila terjadi reaksi merugikan.
3. Panduan Aktivitas dan Mobilisasi, berupa arahan mengenai aktivitas yang diperbolehkan, pembatasan aktivitas, serta peningkatan aktivitas secara bertahap sesuai kondisi klinis pasien.
4. Manajemen Nutrisi dan Diet, yaitu pemberian panduan mengenai modifikasi pola makan sesuai dengan kondisi medis pasien.
5. Perawatan Luka dan Alat Medis, berupa instruksi praktis dan jelas terkait perawatan luka atau penggunaan alat medis tertentu, seperti kateter atau balutan luka, apabila pasien memerlukannya.
6. Tanda Peringatan dan Akses Pertolongan, yaitu penjelasan mengenai gejala yang memerlukan perhatian medis segera serta cara mengakses layanan kesehatan atau kegawatdaruratan.

Edukasi yang terstruktur dan mudah dipahami terbukti meningkatkan kesiapan pasien pulang dan menurunkan risiko komplikasi pasca-pemulangan (Naylor et al., 2004; Hesselink et al., 2012).

C. Care Coordination and Follow up Arrangements (Koordinasi Perawatan dan Pengaturan Tindak Lanjut)

Koordinasi perawatan dan pengaturan tindak lanjut bertujuan memastikan kesinambungan pelayanan kesehatan setelah pasien dipulangkan. Komponen ini mencakup:

1. Penjadwalan kontrol, yaitu pengaturan dan konfirmasi jadwal kunjungan tindak lanjut dengan dokter atau tenaga kesehatan terkait sesuai dengan waktu yang direkomendasikan.
2. Rujukan ke layanan kesehatan lanjutan, termasuk layanan kesehatan komunitas atau home care apabila pasien membutuhkan perawatan berkelanjutan di rumah.
3. Rekonsiliasi obat dan resep pulang, yaitu memastikan kesesuaian antara obat yang digunakan selama perawatan dengan resep yang dibawa pulang oleh pasien.
4. Dokumentasi dan ringkasan pulang, berupa penyusunan *discharge summary* yang komprehensif, mencakup diagnosis, tindakan medis, obat-obatan, rencana tindak lanjut, serta informasi klinis penting lainnya.
5. Komunikasi dengan fasilitas lanjutan, yaitu memastikan bahwa dokter layanan primer atau fasilitas kesehatan lanjutan telah menerima informasi yang lengkap dan akurat mengenai kondisi pasien.

Koordinasi yang efektif pada tahap ini berperan penting dalam mencegah kesalahan perawatan dan menurunkan angka *readmission* (De Geest & Harrison, 2004; Shepperd et al., 2010).

D. Environmental and Social Support Planning (Perencanaan Lingkungan dan Dukungan Sosial)

Perencanaan lingkungan dan dukungan sosial bertujuan memastikan bahwa kondisi lingkungan dan sistem dukungan pasien telah siap mendukung proses pemulihan. Komponen ini meliputi:

1. Penilaian lingkungan rumah, yaitu evaluasi terhadap kondisi fisik rumah untuk mengidentifikasi potensi risiko atau hambatan keselamatan serta kebutuhan modifikasi lingkungan bila diperlukan.
2. Perencanaan dukungan keluarga, yaitu memastikan keluarga memahami peran dan tanggung jawab mereka dalam mendukung perawatan, memantau kondisi pasien, dan memberikan dukungan emosional.
3. Perencanaan dukungan finansial, yaitu mengidentifikasi serta menghubungkan pasien dengan sumber daya atau program bantuan yang tersedia untuk mengatasi kendala ekonomi.
4. Dukungan psikososial, yaitu rujukan ke konselor, terapis, atau kelompok dukungan apabila pasien membutuhkan bantuan dalam mengatasi masalah psikologis atau sosial yang dapat memengaruhi proses pemulihan.

Pendekatan holistik melalui komponen ini terbukti meningkatkan keberhasilan pemulangan pasien dan kualitas pemulihan pasca-rawat inap (De Geest & Harrison, 2004; Naylor et al., 2004; Hesselink et al., 2012).

2.3.5 Evidence tentang Dampak *Discharge Planning* terhadap *Operational Efficiency* dan *Patient Satisfaction*

Berbagai studi menunjukkan bahwa *discharge planning* yang komprehensif dan berbasis bukti memberikan dampak positif yang signifikan terhadap efisiensi manajemen operasional rumah sakit dan kepuasan pasien. Dampak tersebut terutama terlihat pada penurunan lama hari rawat, pencegahan *readmission*, peningkatan keselamatan pasien, serta perbaikan pengalaman pelayanan pasca pemulangan.

Dari sisi efisiensi manajemen operasional, penelitian *randomized controlled trial* oleh Naylor et al. (2004) menemukan bahwa penerapan *discharge planning* intensif mampu menurunkan *average length of stay* (ALOS) rata-rata sebesar 1,8 hari dibandingkan perawatan standar ($p < 0,001$). Penurunan lama rawat ini berdampak pada peningkatan *bed turnover* dan pemanfaatan tempat tidur yang lebih optimal. Temuan tersebut diperkuat oleh *systematic review* dan *meta-analysis* terhadap 28 RCT (*Randomized Controlled Trial*) oleh Shepperd et al. (2013) yang menunjukkan penurunan ALOS sebesar 0,73 hari secara konsisten pada berbagai kelompok pasien dan setting rumah sakit.

Discharge planning juga berperan penting dalam mencegah *readmission*. *Meta-analysis* oleh Feltner et al. (2014) melaporkan bahwa intervensi *discharge planning* yang disertai tindak lanjut terstruktur mampu menurunkan angka *readmission* 30 hari

sebesar 9% dan *readmisison* 90 hari sebesar 7%. Studi di Denmark oleh Jensen et al. (2015) pada pasien *Congestive Heart Failure* menunjukkan penurunan *readmisison* 30 hari dari 28% menjadi 12% setelah penerapan model *discharge planning*, yang mengindikasikan perbaikan luaran klinis sekaligus efisiensi pemanfaatan tempat tidur.

Discharge planning yang efektif dari perspektif pasien terbukti meningkatkan kepuasan dan kesiapan pasien untuk pulang. Penelitian oleh Naylor et al. (2004) menunjukkan bahwa pasien yang menerima *discharge planning* komprehensif memiliki tingkat kepuasan dan kepercayaan diri yang lebih tinggi dalam perawatan mandiri dibandingkan kelompok kontrol. Studi kualitatif oleh Hesselink et al. (2014) juga menemukan bahwa pasien merasa lebih siap, diperhatikan, dan diberdayakan, yang berkaitan erat dengan dimensi empati dan komunikasi dalam mutu pelayanan.

Selain itu, *discharge planning* berkontribusi terhadap peningkatan keselamatan pasien melalui penurunan kejadian tidak diinginkan pasca-pemulangan. Kripalani et al. (2012) melaporkan bahwa sekitar 20–30% kesalahan pengobatan pasca discharge dapat dicegah melalui rekonsiliasi obat dan komunikasi instruksi yang jelas. Penelitian oleh Jack et al. (2009) juga menunjukkan bahwa hingga 50% *readmisison* dapat dicegah dengan intervensi *discharge planning* terstruktur, terutama melalui perbaikan komunikasi, edukasi pasien, dan pengaturan tindak lanjut.

Discharge planning yang komprehensif tidak hanya meningkatkan kepuasan dan keselamatan pasien, tetapi juga berkontribusi nyata terhadap efisiensi manajemen operasional rumah sakit, khususnya dalam pengelolaan lama rawat, bed turnover, dan pencegahan rawat ulang.

Penelitian mengenai *discharge planning*, penelitian di University Hospital Hamburg menunjukkan bahwa kualitas proses pemulangan pasien yang terstruktur dan terkoordinasi dengan baik berkontribusi pada penurunan angka *readmission* serta peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit. Temuan ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan tidak hanya berdampak pada kepuasan pasien, tetapi juga berimplikasi langsung terhadap kinerja manajemen operasional dan keberlanjutan sistem pelayanan kesehatan (Lappegård et al., 2020).

2.4 Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan indikator utama keberhasilan pelayanan kesehatan yang mencerminkan tingkat kesesuaian antara harapan pasien dengan pengalaman pelayanan yang diterima selama menjalani perawatan.

Pada ruang rawat inap, kepuasan pasien tidak hanya bersifat afektif, tetapi juga menjadi refleksi kualitas proses pelayanan, interaksi tenaga kesehatan, serta efektivitas pengelolaan rumah sakit. Kepuasan pasien berperan penting dalam membentuk loyalitas, kepatuhan terhadap terapi, dan kecenderungan pasien untuk merekomendasikan rumah sakit kepada pihak lain (Andaleeb, 2001; Ahmad, Zhang, & Wei, 2013).

Kepuasan pasien terbentuk melalui evaluasi menyeluruh terhadap berbagai aspek pelayanan, baik teknis maupun non-teknis. Dimensi kepuasan pasien rawat inap mencakup kepuasan terhadap pelayanan medis, pelayanan keperawatan, fasilitas fisik, kelancaran proses pelayanan, serta pengalaman pelayanan secara keseluruhan. Evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan persepsi atas pelayanan aktual dengan

ekspektasi yang telah terbentuk sebelumnya (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1990; Donabedian, 1988).

Kepuasan pasien diukur melalui empat indikator utama. *Expectation confirmation* menunjukkan tingkat kesesuaian pelayanan rawat inap dengan harapan pasien. *Overall satisfaction* menggambarkan penilaian pasien secara menyeluruh terhadap pelayanan yang diterima selama masa perawatan. *Fulfillment of needs* mencerminkan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien, baik kebutuhan klinis maupun non-klinis. Selanjutnya, *positive affect atau emotional response* menunjukkan respons emosional pasien berupa rasa aman, nyaman, dan kepercayaan terhadap pelayanan rumah sakit (Oliver, 1997).

Kepuasan pasien juga memiliki implikasi strategis terhadap kinerja rumah sakit, khususnya pada indikator efisiensi pelayanan rawat inap seperti *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS), dan potensi penurunan angka readmisi (WHO, 2023; Aiken et al., 2012).

2.5 Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai tingkat kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan standar profesional serta kemampuan layanan tersebut dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pasien. Mutu pelayanan di pelayanan rawat inap mencerminkan kualitas fasilitas, keandalan proses pelayanan, kompetensi tenaga kesehatan, serta kualitas interaksi antara pasien dan penyedia layanan (Donabedian, 1988).

Penelitian ini menggunakan kerangka *SERVQUAL* yang mengukur mutu pelayanan melalui lima dimensi utama, yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*. Dimensi *tangible* berkaitan dengan kondisi fasilitas fisik dan kenyamanan ruang rawat inap, *reliability* mengacu pada ketepatan dan konsistensi pelayanan, *responsiveness* mencerminkan kecepatan dan kesigapan tenaga kesehatan, *assurance* berkaitan dengan kompetensi dan rasa aman, sedangkan *empathy* mencerminkan perhatian individual terhadap pasien (Parasuraman et al., 1990; Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2018).

Penerapan dimensi mutu pelayanan dalam konteks rawat inap rumah sakit di Indonesia menunjukkan adanya variasi yang signifikan antar fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian di RS PKU Muhammadiyah Gombong menunjukkan bahwa mayoritas pasien (96,8%) menyatakan puas terhadap kelengkapan fasilitas dan kebersihan lingkungan rumah sakit. Temuan ini menegaskan pentingnya dimensi *tangibles* dalam membentuk persepsi mutu pelayanan rawat inap.

Namun demikian, penelitian tersebut belum mengkaji secara komprehensif dimensi *reliability* dan *responsiveness*, sehingga gambaran mutu pelayanan yang dihasilkan belum sepenuhnya mencerminkan kerangka *SERVQUAL* secara utuh (Aisyah et al., 2022).

Penelitian di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien rawat inap. Dalam penelitian tersebut, dimensi *reliability*, *assurance*, dan *empathy* dinilai baik oleh pasien dan memberikan kontribusi dominan terhadap kepuasan

pasien. Temuan ini memperkuat pandangan bahwa dimensi proses dan interaksi pelayanan memiliki peran yang lebih menentukan dibandingkan aspek fisik semata dalam membentuk kepuasan pasien rawat inap (Nurhayati et al., 2022).

Penelitian di Cape Verde menemukan bahwa seluruh dimensi *SERVQUAL* *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangibles* berhubungan signifikan dengan kepuasan pasien. Namun demikian, persepsi pasien terhadap mutu pelayanan di rumah sakit publik masih tergolong rendah, yang menunjukkan adanya kesenjangan antara standar pelayanan yang diharapkan dan pelayanan yang dirasakan pasien. Temuan ini menegaskan perlunya perbaikan sistemik dan berkelanjutan dalam pengelolaan mutu pelayanan kesehatan (De Pina et al., 2021).

Implementasi dan pemeliharaan mutu pelayanan rawat inap menghadapi tantangan multidimensional yang kompleks. Penelitian di Ethiopia menekankan bahwa pelatihan berbasis pekerjaan (*tailored on the job training*) bagi tenaga kesehatan merupakan strategi krusial dalam meningkatkan kompetensi, keterampilan, dan orientasi pelayanan yang berpusat pada pasien. Tanpa penguatan kapasitas sumber daya manusia, pencapaian standar mutu pelayanan secara konsisten akan sulit diwujudkan (Ayele et al., 2020).

Secara keseluruhan, berbagai temuan tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan pemenuhan standar pelayanan, tetapi juga berperan penting dalam membentuk kepuasan pasien. Penelitian terkini menegaskan bahwa mutu pelayanan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap

kepuasan pasien dan menjadi faktor penentu dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan secara berkelanjutan (Darzi et al., 2023).

2.6 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa mutu dan kinerja pelayanan rumah sakit merupakan hasil interaksi antara struktur organisasi, proses pelayanan dan outcome yang dirasakan pasien. Kerangka *Structure Process Outcome (SPO)* yang dikemukakan Donabedian menjadi landasan konseptual utama dalam menilai mutu pelayanan kesehatan, di mana tata kelola dan manajemen operasional berperan penting dalam menentukan efektivitas pelayanan.

Perspektif pemasaran jasa, konsep *promotion mix* yang dikembangkan oleh McCarthy dan disempurnakan oleh Kotler serta Booms dan Bitner melalui model 7Ps menegaskan bahwa elemen promosi, proses, sumber daya manusia dan bukti fisik memiliki pengaruh signifikan terhadap persepsi dan kepuasan pasien.

Pengukuran mutu pelayanan secara empiris banyak menggunakan model SERVQUAL yang menekankan lima dimensi utama, yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy* yang terbukti relevan dan aplikatif dalam konteks pelayanan kesehatan.

Penelitian di berbagai rumah sakit, termasuk rumah sakit Muhammadiyah, menunjukkan bahwa aspek fungsional pelayanan seperti promosi, komunikasi petugas, waktu tunggu, pengelolaan alur pasien, serta kualitas proses pelayanan merupakan determinan dominan kepuasan pasien. Berikut tabel penelitian terdahulu :

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Penulis	Tahun	Nama Jurnal	Judul Penelitian	Variabel yang Digunakan	Hasil Penelitian & Relevansi
1.	De Pina et al.	2021	<i>International Journal of Healthcare Quality Assurance</i>	Service Quality and Patient Satisfaction in Public Hospitals	SERVQUAL, kepuasan pasien	Seluruh dimensi SERVQUAL berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien, menegaskan mutu pelayanan sebagai determinan utama kepuasan.
2.	Aisyah et al.	2022	<i>Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan</i>	Kepuasan Pasien Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Gombong	Tangibles, kepuasan pasien	Dimensi tangible berpengaruh dominan terhadap kepuasan pasien rawat inap, mendukung pentingnya bukti fisik layanan.
3	Nurhayati et al.	2022	<i>Jurnal Administrasi Rumah Sakit</i>	Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Rawat Inap	Reliability, Assurance, Empathy, Satisfaction	Dimensi proses pelayanan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien, menunjukkan Mutu Pelayanan sebagai antecedent kepuasan.
4	Ayele et al.	2020	<i>BMC Health Services Research</i>	Health Workforce Training and Service Quality	Training, Service Quality	Pelatihan tenaga kesehatan berbasis kerja meningkatkan mutu pelayanan yang dirasakan pasien.

No	Penulis	Tahun	Nama Jurnal	Judul Penelitian	Variabel yang Digunakan	Hasil Penelitian & Relevansi
5	Lappegård et al.	2020	<i>BMC Health Services Research</i>	Hospital Discharge Quality and Readmission	<i>Discharge planning, readmission</i>	<i>Discharge planning</i> yang terstruktur meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan rawat inap.
6	Sari et al.	2025	<i>Journal of Hospital Service Management</i>	Service Quality as a Mediator Between Operational Performance and Patient Satisfaction	Manajemen operasional, mutu pelayanan, kepuasan	Mutu pelayanan terbukti memediasi hubungan antara manajemen operasional dan kepuasan pasien.
7	Meuraxa Hospital Study	2025	<i>International Journal of Medical Science and Public Health Research</i>	Analysis of promotion mix on Patient Satisfaction	7P promotion mix, kepuasan pasien	Seluruh elemen <i>promotion mix</i> berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien, dengan process dan physical evidence paling dominan.
8	Prasetya et al.	2025	<i>Dinasti International Journal of Economics, Management and Social Science</i>	The Effect of 7P promotion mix on Patient Satisfaction	7P promotion mix, kepuasan pasien	Physical evidence, price, people, dan process berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap.

No	Penulis	Tahun	Nama Jurnal	Judul Penelitian	Variabel yang Digunakan	Hasil Penelitian & Relevansi
9	Fitriani et al.	2025	<i>Journal of Economics</i>	The Influence of <i>promotion mix</i> on Patient Satisfaction in the Inpatient Ward	<i>Promotion mix</i> , kepuasan pasien	Intervensi promosi melalui media informasi meningkatkan kepuasan pasien rawat inap.
10	Sari et al.	2025	<i>Economic Review Journal</i>	Impact of <i>promotion mix</i> and Service Quality on Patient Satisfaction Through Patient Loyalty	<i>Promotion mix</i> , mutu pelayanan, kepuasan	<i>Promotion mix</i> dan mutu pelayanan berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.
11	Lestari et al.	2025	<i>Jurnal Riset Ilmu Manajemen</i>	The Influence of E- <i>promotion mix</i> and Quality of Health Services on Patient Satisfaction	<i>promotion mix</i> , mutu pelayanan, kepuasan pasien	Dimensi <i>promotion mix</i> dan Mutu Pelayanan digital berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.
12	Putri et al.	2025	<i>International Journal of Health Promotion</i>	The Effect of 7P <i>promotion mix</i> and Patient Satisfaction on Outpatient Retention	7P <i>promotion mix</i> , kepuasan	<i>Promotion mix</i> dan kepuasan pasien meningkatkan retensi melalui e-WOM.

No	Penulis	Tahun	Nama Jurnal	Judul Penelitian	Variabel yang Digunakan	Hasil Penelitian & Relevansi
13	Kristi & Jayanagara	2025	<i>Eduvest: Journal of Universal Studies</i>	Service Quality as a Mediator of Patient Satisfaction	Mutu pelayanan, kepuasan pasien	Mutu pelayanan berperan signifikan sebagai variabel mediasi kepuasan pasien.

Berdasarkan telaah teoritis dan temuan empiris penelitian sebelumnya, dapat diidentifikasi adanya kesenjangan penelitian (*research gap*) dalam kajian kepuasan pasien rawat inap. Sebagian besar penelitian terdahulu cenderung menelaah pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan pasien secara langsung, dengan fokus dominan pada dimensi *SERVQUAL* seperti *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*.

Namun, penelitian-penelitian tersebut umumnya belum mengintegrasikan faktor manajemen operasional rumah sakit, khususnya *bed management* dan *discharge planning*, sebagai determinan struktural yang memengaruhi mutu pelayanan secara sistematis.

Selain itu, studi yang mengkaji *promotion mix* dalam konteks pelayanan kesehatan masih menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Beberapa penelitian menemukan bahwa unsur-unsur pemasaran tradisional seperti *product*, *promotion*, dan *place* tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien, sementara dimensi yang berkaitan langsung dengan proses pelayanan dan interaksi tenaga kesehatan justru memiliki pengaruh yang lebih dominan.

Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk mengkaji kembali peran *promotion mix* secara lebih spesifik dan kontekstual dalam layanan rawat inap, khususnya dalam membentuk ekspektasi pasien yang realistis dan selaras dengan mutu pelayanan yang diberikan.

Penelitian yang menempatkan mutu pelayanan sebagai variabel mediasi yang menjembatani hubungan antara strategi pemasaran dan manajemen operasional dengan kepuasan pasien dalam satu model penelitian yang terintegrasi masih sangat terbatas. Padahal, secara teoretis mutu pelayanan berfungsi sebagai mekanisme transformasi yang menghubungkan input manajerial dan manajemen operasional dengan outcome kepuasan pasien.

Keterbatasan tersebut menunjukkan adanya celah penelitian dalam menguji secara empiris model hubungan kausal antara *promotion mix*, manajemen operasional, mutu pelayanan, dan kepuasan pasien rawat inap. Penelitian ini dilakukan untuk mengisi kesenjangan tersebut dengan mengembangkan model penelitian terintegrasi yang menguji pengaruh *promotion mix* dan manajemen operasional terhadap kepuasan pasien rawat inap dengan mutu pelayanan sebagai variabel mediasi.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoretis dalam pengembangan kajian manajemen pelayanan kesehatan serta kontribusi praktis bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pasien secara berkelanjutan.

