

Etika Pemasaran Rumah Sakit dan *Supply-Induced Demand* dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia: *A Scoping Review*

Rohsaelendrayana¹, Dumilah Ayuningtyas², Zakiah³

¹Program Studi Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

³Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Kata Kunci

pemasaran layanan kesehatan, Supply-Induced Demand, bioetika, indonesia, Moral Hazard, Jaminan Kesehatan Nasional, scoping review

Korespondensi

rohsaelendrayana@ui.ac.id

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i3.108

Tanggal masuk: 2 Mei 2026

Tanggal ditelaah: 2 Juni 2026

Tanggal diterima: 1 Juli 2026

Tanggal publikasi: 2 Agustus 2026

Abstrak Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mencakup 278,1 juta individu, praktik pemasaran rumah sakit dan supply-induced demand (SID) memiliki mekanisme dasar yang sama, yaitu asimetri informasi, tetapi masih banyak diteliti secara terpisah. Kedua fenomena ini menimbulkan pertanyaan bioetik fundamental mengenai otonomi pasien, beneficence, non-maleficence, dan keadilan distributif dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Scoping review ini bertujuan memetakan bukti yang tersedia mengenai etika pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam pelayanan kesehatan di Indonesia serta mengidentifikasi irisan antara kedua domain tersebut, serta menganalisis temuan melalui kerangka bioetika yang mencakup empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban fiduciary, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta. Tinjauan ini mengikuti metodologi JBI untuk scoping review dan pedoman pelaporan PRISMA-ScR. Pencarian dilakukan pada tujuh basis data, yaitu PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Garuda, SINTA, dan Neliti, pada 20 Mei 2026 untuk studi empiris yang dipublikasikan sejak tahun 2020. Protokol terdaftar di OSF dengan DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z. Seleksi artikel dilakukan secara independen oleh dua penelaah. Data diekstraksi menggunakan kerangka Information Asymmetry Pathway (IAP) yang terdiri atas tiga domain. Sebanyak 23 studi memenuhi kriteria inklusi. Empat belas studi membahas pemasaran rumah sakit, termasuk pemasaran digital, bauran promosi, word of mouth, dan branding, tetapi hanya satu studi yang menilai kepatuhan etik. Sembilan studi mendokumentasikan indikator SID, termasuk upcoding (10–11,9%), admisi yang berpotensi tidak diperlukan (17,8–18,9%), tingginya angka sectio caesarea, dan tekanan pembiayaan JKN. Tidak ada studi yang secara langsung menguji hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID. Etika pemasaran rumah sakit dan SID di Indonesia masih diteliti dalam dua aliran literatur yang terpisah, meskipun keduanya berbagi mekanisme dasar berupa asimetri informasi. Diinterpretasikan melalui empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban fiduciary, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, kesenjangan ini berimplikasi signifikan pada otonomi pasien, informed decision-making, konflik kepentingan, dan keadilan distributif dalam JKN. Penelitian primer selanjutnya perlu mengkaji secara empiris hubungan antara paparan pemasaran rumah sakit, ekspektasi pasien, dan pola utilisasi layanan.

Abstract In Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) system covering 278.1 million individuals, hospital marketing practices and supply-induced demand (SID) share a common mechanism — information asymmetry — yet remain studied in isolation. Both phenomena raise fundamental bioethical concerns regarding patient autonomy, beneficence, non-maleficence, and distributive justice within a universal health coverage system. This scoping review aimed to map the available evidence on hospital marketing ethics and SID indicators in Indonesian healthcare and to identify how these domains intersect, and to analyze the findings through a bioethical lens encompassing the four principles of biomedical ethics, fiduciary duty theory, and the WHO ethical framework for universal health coverage. Following JBI scoping review methodology and PRISMA-ScR reporting guidelines, seven databases (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Garuda, SINTA, Neliti) were searched on May 20, 2026 for empirical studies published from 2020 onward. The protocol was registered on OSF (DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z). Independent dual-reviewer screening was conducted. Data were charted using a purpose-built Information Asymmetry Pathway (IAP) framework comprising three domains: upstream marketing practices, downstream service delivery behaviors, and intersection mechanisms. Twenty-three studies met inclusion criteria. Fourteen addressed hospital marketing (digital marketing, promotional mix, word of mouth, branding), with only one assessing ethical compliance. Nine documented SID indicators including upcoding (10–11.9%), possible unnecessary admission (17.8–18.9%), elevated caesarean section rates, and JKN financing pressures. No study directly examined the intersection between marketing and SID, representing a critical evidence gap. Hospital marketing ethics and SID in Indonesia are researched in parallel silos despite sharing information asymmetry as their foundational mechanism. Interpreted through the four principles of biomedical ethics, fiduciary duty theory, and the WHO ethical framework for UHC, this evidence gap has significant implications: marketing practices may compromise patient autonomy and informed decision-making (respect for autonomy), fail to serve patients' best clinical interests (beneficence), risk exposing patients to unnecessary interventions (non-maleficence), create conflicts of interest that violate fiduciary obligations, and divert collective JKN resources from those most in need (justice). Future primary research should empirically examine the relationship between hospital marketing exposure, patient expectations, and service utilization patterns.

Layanan kesehatan bukanlah komoditas biasa. Pasien sering mengambil keputusan dalam kondisi sakit, cemas, dan tidak memiliki informasi medis yang setara dengan tenaga kesehatan. Dalam konteks Indonesia, kondisi ini menjadi semakin penting karena sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencakup 278,1 juta jiwa atau 98,45% dari total penduduk Indonesia per Desember 2024, dengan 222,67 juta peserta aktif.¹ Pemanfaatan layanan JKN juga terus meningkat. Pada Juni 2024, utilisasi layanan naik 12,3% dibandingkan Juni 2023, dengan 242,74 juta kunjungan rawat jalan tingkat pertama, 70,01 juta kunjungan rawat jalan tingkat lanjutan, 9,22 juta kunjungan rawat inap tingkat lanjutan, serta peningkatan rujukan sebesar 22,19% menjadi 15,86 juta rujukan.² Pada skala sebesar ini, pesan pemasaran, strategi promosi, dan keputusan klinis rumah sakit tidak hanya berdampak pada pilihan pasien, tetapi juga pada pembiayaan JKN, perlindungan pasien, dan keadilan akses layanan kesehatan.

Selama ini, terdapat dua kelompok literatur yang cenderung berkembang secara terpisah. Kelompok pertama membahas pemasaran rumah sakit, seperti bauran promosi, pemasaran digital, *branding*, *word of mouth*, dan segmentasi pasien, yang umumnya dilihat dari perspektif efektivitas manajerial, kepuasan pasien, dan keputusan memilih layanan. Kelompok kedua membahas *supply-induced demand* (SID), yaitu kondisi ketika penyedia layanan, karena memiliki informasi yang lebih besar dibandingkan pasien, dapat memengaruhi pemanfaatan layanan melebihi kebutuhan yang mungkin dipilih pasien apabila informasi tersedia secara setara.^{3,4} SID dapat muncul dalam bentuk *provider moral hazard*, *upcoding*, *unnecessary admission*, serta peningkatan tindakan diskresioner seperti *sectio caesarea*.^{5,6}

Meskipun keduanya sama-sama berakar pada asimetri informasi, pemasaran rumah sakit dan SID masih jarang dikaji secara terpadu. Pemasaran rumah sakit bekerja pada tahap hulu, yaitu sebelum pasien memasuki proses klinis, dengan membentuk persepsi, ekspektasi, dan pilihan terhadap fasilitas kesehatan. Sementara itu, SID bekerja pada tahap hilir,

ketika keputusan klinis, praktik pengodean, dan mekanisme pembayaran menentukan jenis, volume, serta biaya layanan yang diberikan. Kesenjangan antara kedua literatur ini penting untuk diperhatikan karena konten promosi berpotensi memperkuat asimetri informasi. Ketika pemasaran terlalu menonjolkan citra institusi, kecanggihan teknologi, atau paket layanan tanpa disertai informasi klinis yang seimbang, pasien dapat terdorong untuk memiliki ekspektasi atau preferensi layanan tertentu yang kemudian beririsan dengan struktur insentif penyedia layanan.

Irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID memerlukan analisis yang melampaui perspektif asimetri informasi semata. Dari sudut pandang bioetika, kedua fenomena ini secara langsung menyentuh prinsip-prinsip fundamental etika biomedis: apakah pemasaran rumah sakit menghormati otonomi pasien atau justru melemahkan kapasitas pengambilan keputusan yang terinformasi (*respect for autonomy*); apakah strategi promosi dan pola utilisasi yang ditimbulkannya benar-benar mengutamakan kepentingan terbaik pasien (*beneficence*); apakah tindakan medis yang didorong oleh insentif non-klinis mengekspos pasien pada risiko yang seharusnya dapat dihindari (*non-maleficence*); dan apakah distribusi layanan dalam sistem JKN berlangsung secara adil ketika pemasaran dan SID secara bersamaan memengaruhi pola utilisasi (*justice*).⁷ Selain itu, posisi ganda rumah sakit sebagai promotor layanan sekaligus pemberi rekomendasi klinis menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai kewajiban *fiduciary* dan konflik kepentingan institusional.⁸ Namun, sejauh ini, analisis bioetik terhadap kedua fenomena ini dalam konteks sistem pelayanan kesehatan Indonesia masih sangat terbatas.

Perkembangan regulasi di Indonesia juga menunjukkan pentingnya membaca hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID dalam kerangka etika sertatatakelola layanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab.⁹ Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024

juga memperkuat kewajiban penyelenggaraan kesehatan yang berpihak pada keselamatan dan perlindungan pasien, termasuk dari informasi yang menyesatkan.¹⁰ Selain itu, World Health Organization mencatat bahwa perluasan JKN telah menurunkan pembayaran langsung pasien menjadi 27,5% dari belanja kesehatan berjalan, meskipun rumah tangga masih tetap menanggung beban biaya kesehatan yang tidak kecil.¹¹ Dengan demikian, ketepatan dan efisiensi layanan tidak hanya berkaitan dengan mutu klinis, tetapi juga dengan perlindungan finansial dan keadilan akses bagi pasien.

Sejauh pengetahuan penulis, belum terdapat sintesis yang secara khusus memetakan hubungan antara praktik pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia terlebih dengan analisis bioetik yang eksplisit. Oleh karena itu, *scoping review* ini dilakukan untuk memetakan bukti ilmiah yang tersedia pada kedua ranah tersebut, mengidentifikasi mekanisme pertemuannya, serta menganalisis temuan melalui kerangka bioetika untuk menunjukkan celah penelitian yang masih perlu dikaji lebih lanjut. Tinjauan ini menggunakan kerangka PCC (*Population-Concept-Context*), dengan *Population* mencakup rumah sakit, fasilitas kesehatan, penyedia layanan, dan pasien di Indonesia; *Concept* mencakup etika pemasaran rumah sakit dan indikator *supply-induced demand*; serta *Context* mencakup pelayanan kesehatan di Indonesia dalam sistem JKN, mekanisme pembayaran INA-CBGs, dan kerangka regulasi yang mengatur penyelenggaraan serta promosi layanan kesehatan.

Tujuan *scoping review* ini adalah untuk: (1) memetakan jenis dan luas bukti mengenai praktik pemasaran rumah sakit beserta dimensi etikanya; (2) memetakan bukti mengenai indikator *supply-induced demand*; (3) mengidentifikasi irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID melalui jalur informasi serta mekanisme tata kelola; dan (4) menganalisis implikasi bioetik dari kesenjangan bukti yang teridentifikasi, dengan menggunakan empat prinsip etika biomedis, teori kewajiban *fiduciary*, dan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, sebagai dasar bagi agenda penelitian selanjutnya.

Asimetri Informasi dalam Pelayanan Kesehatan

Asimetri informasi merupakan salah satu bentuk kegagalan pasar yang mendasar dalam pelayanan kesehatan. Berbeda dengan barang konsumsi biasa, pasien tidak selalu mampu menilai sendiri kebutuhan, mutu, maupun ketepatan suatu layanan medis. Pemikiran klasik Arrow menjelaskan bahwa pasar pelayanan kesehatan berbeda secara fundamental dari pasar kompetitif karena adanya ketimpangan informasi antara penyedia layanan dan pasien.¹² Asimetri ini menjadi dasar munculnya berbagai persoalan etik dalam pemasaran layanan kesehatan, sekaligus membuka ruang bagi terjadinya *supply-induced demand*.

Di Indonesia, pemasaran layanan kesehatan diatur antara lain melalui Permenkes Nomor 1787 Tahun 2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan, yang membatasi klaim promosi dan menekankan pentingnya informasi yang faktual.¹³ Namun, mekanisme pengawasan masih memiliki keterbatasan, sementara perkembangan kanal pemasaran digital berlangsung jauh lebih cepat dibandingkan kerangka regulasi yang ada. Ketegangan antara efektivitas promosi dan kecukupan informasi menjadi penting karena berhubungan langsung dengan perlindungan pasien, terutama dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Dalam sistem tersebut, pilihan fasilitas yang dipengaruhi oleh pemasaran tidak hanya berdampak pada luaran klinis pasien, tetapi juga pada pembiayaan JKN.

Supply-induced demand merujuk pada keadaan ketika penyedia layanan memanfaatkan keunggulan informasi yang dimilikinya untuk memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan melebihi pilihan yang kemungkinan akan diambil pasien apabila informasi tersedia secara setara.^{3,4} Dalam konteks Indonesia, SID menjadi relevan untuk dibaca dalam mekanisme pembayaran prospektif INA-CBGs. Meskipun insentif penyedia dalam sistem ini berbeda dari sistem *fee-for-service*, peluang terjadinya *moral hazard* tetap dapat muncul, misalnya melalui *upcoding*, seleksi kasus, dan tindakan diskresioner seperti *sectio caesarea*.^{5,6} Namun, asimetri informasi saja tidak cukup untuk menganalisis seluruh dimensi persoalan

ini. Diperlukan kerangka normatif yang lebih luas untuk menilai mengapa dan bagaimana pemasaran rumah sakit dan SID menjadi persoalan etik, bukan sekadar persoalan efisiensi pasar.

Kerangka Bioetika: Empat Prinsip, Kewajiban Fiduciary, dan Kerangka Etik WHO

Tinjauan ini menggunakan tiga kerangka normatif yang saling melengkapi untuk menganalisis dimensi etis pemasaran rumah sakit dan SID. Kerangka pertama adalah empat prinsip etika biomedis dari Beauchamp dan Childress, yaitu *respect for autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*.⁷ Kerangka kedua adalah teori hubungan klinisi-pasien dari Emanuel dan Emanuel serta teori kewajiban *fiduciary* dan konflik kepentingan dari Rodwin.^{8,14} Kerangka ketiga adalah kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta, yang secara eksplisit menghubungkan prinsip etik dengan tata kelola sistem kesehatan.¹⁵ Penggunaan ketiga kerangka ini dimaksudkan agar analisis etik dalam tinjauan ini tidak hanya bertumpu pada konsep asimetri informasi sebagai kegagalan pasar, melainkan juga menilai dimensi normatif dari hubungan klinis, hak pasien, dan keadilan sistem.

Prinsip pertama, *respect for autonomy*, mensyaratkan bahwa pasien memiliki hak untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang memadai, bebas dari manipulasi, dan sesuai dengan nilai-nilai yang dianutnya. Beauchamp dan Childress menekankan bahwa tindakan otonom mensyaratkan setidaknya tiga kondisi: intensionalitas, pemahaman substansial (*substantial understanding*), dan ketiadaan pengaruh yang mengendalikan (*absence of controlling influences*).⁷ Dalam konteks pemasaran rumah sakit, promosi yang menonjolkan kecanggihan teknologi, testimonial selektif, atau paket layanan tanpa disertai informasi yang seimbang mengenai manfaat, risiko, alternatif, dan keterbatasan layanan dapat melemahkan syarat pemahaman substansial yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang otonom. Dengan demikian, pemasaran yang tidak seimbang berpotensi menggeser pengambilan

keputusan pasien dari model *informed choice* ke arah *persuaded preference*, yaitu pilihan yang secara formal tampak sukarela tetapi secara substantif dipengaruhi oleh informasi yang dirancang untuk menarik, bukan untuk menginformasikan secara seimbang.

Prinsip kedua, *beneficence*, mewajibkan penyedia layanan untuk bertindak demi kepentingan terbaik pasien. Beauchamp dan Childress membedakan *obligatory beneficence*, yaitu kewajiban positif untuk memaksimalkan manfaat dan meminimalkan kerugian, dari *ideal beneficence* yang bersifat aspiratif.⁷ Dalam konteks institusional, prinsip ini tidak hanya berlaku pada tataran keputusan klinis individual, tetapi juga pada tataran bagaimana rumah sakit menyampaikan informasi kepada calon pasien. Ketika strategi pemasaran lebih mengutamakan daya tarik komersial daripada manfaat klinis yang akurat, terjadi ketegangan antara kepentingan institusi dan kepentingan terbaik pasien. Rumah sakit yang memasarkan layanan tanpa menyertakan informasi yang membantu pasien menilai kesesuaian klinis gagal memenuhi kewajiban *beneficence* institusional karena tidak memaksimalkan manfaat informasi sebagai dasar pengambilan keputusan yang tepat.

Prinsip ketiga, *non-maleficence* (*primum non nocere*), mewajibkan penyedia layanan untuk tidak merugikan pasien. Prinsip ini relevan secara langsung dengan SID: tindakan medis yang tidak berdasarkan indikasi klinis yang kuat, seperti *unnecessary admission* atau *sectio caesarea* tanpa indikasi obstetrik, mengekspos pasien pada risiko komplikasi medis yang seharusnya dapat dihindari.⁷ Beauchamp dan Childress menegaskan bahwa *non-maleficence* mencakup kewajiban untuk tidak menimbulkan kerugian dan juga kewajiban untuk tidak menempatkan orang lain pada risiko kerugian yang tidak perlu.⁷ Grady memperluas argumen ini dalam konteks *informed consent* dengan menekankan bahwa kewajiban untuk tidak merugikan dalam pelayanan kesehatan melampaui tindakan langsung dan mencakup kewajiban untuk tidak menciptakan kondisi yang meningkatkan risiko kerugian bagi pasien.¹⁶

Prinsip keempat, *justice*, berkaitan dengan

distribusi manfaat dan beban secara adil dalam sistem kesehatan. Beauchamp dan Childress mengemukakan bahwa prinsip keadilan formal mensyaratkan perlakuan yang setara bagi kasus-kasus yang setara, dan menerapkannya melalui beragam teori keadilan material, termasuk distribusi berdasarkan kebutuhan.⁷ Rawls, dalam teori *justice as fairness*, menegaskan dua prinsip utama: prinsip kebebasan yang setara (*equal liberty principle*) dan prinsip perbedaan (*difference principle*) yang mensyaratkan bahwa ketidaksetaraan sosial dan ekonomi hanya dibenarkan apabila memberikan keuntungan terbesar bagi anggota masyarakat yang paling kurang beruntung.¹⁷ Daniels memperluas gagasan Rawls ke domain kesehatan dengan menunjukkan bahwa layanan kesehatan merupakan *special social good* yang secara langsung mempengaruhi *fair equality of opportunity*, yaitu kemampuan individu untuk berpartisipasi secara penuh dalam kehidupan sosial.¹⁸ Oleh karena itu, akses dan distribusi layanan kesehatan harus tunduk pada standar keadilan yang lebih tinggi dibandingkan komoditas biasa.

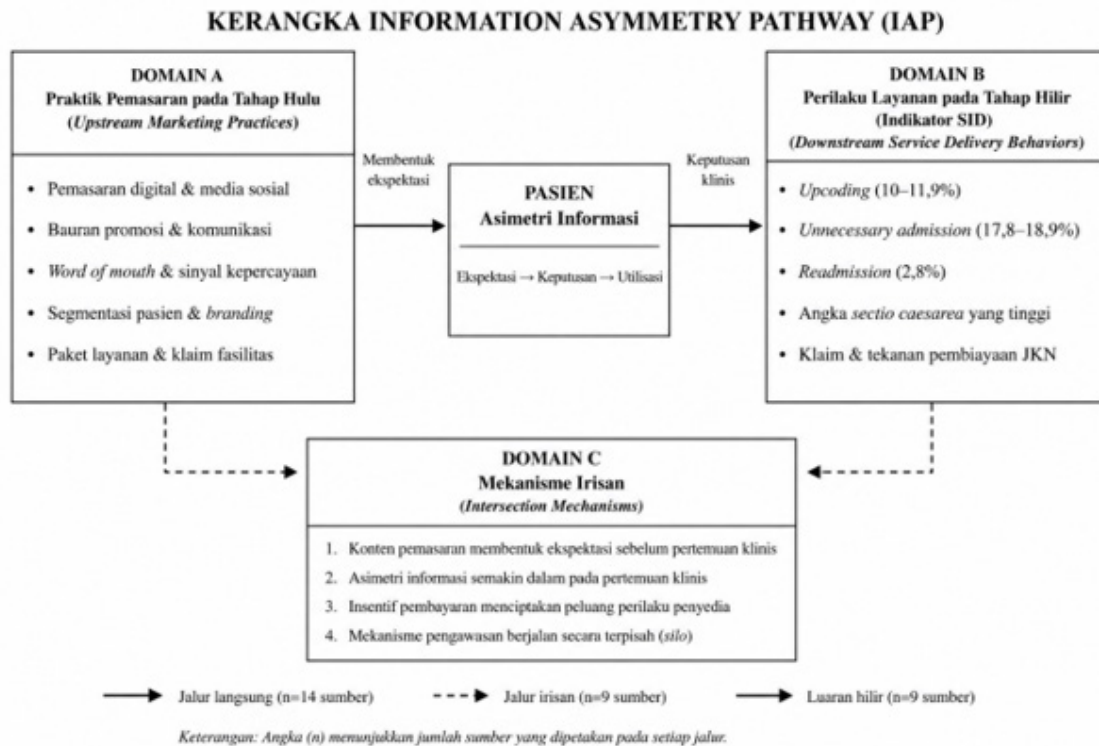
Analisis empat prinsip tersebut diperkuat oleh model relasi dokter-pasien dari Emanuel dan Emanuel, yang mengidentifikasi empat model hubungan klinis: *paternalistic*, *informative*, *interpretive*, dan *deliberative*.¹⁴ Model *deliberative*, yang dianggap paling ideal secara etik, mensyaratkan bahwa dokter menyajikan informasi yang relevan, membantu pasien mengklarifikasi nilai-nilainya, dan bersama-sama mempertimbangkan pilihan terbaik – tanpa bersikap paternalistik maupun instrumental.¹⁴ Dalam konteks pemasaran rumah sakit, model ini menjadi relevan karena konten pemasaran yang terlalu persuasif dapat mendorong hubungan klinis ke arah model *informative* yang sepenuhnya berorientasi konsumen atau bahkan model yang lebih bersifat instrumental, di mana pasien menjadi penerima pasif dari layanan yang dipasarkan alih-alih partisipan aktif dalam pengambilan keputusan klinis yang berdasarkan nilai-nilainya sendiri.

Di luar empat prinsip dan model relasi klinis tersebut, hubungan profesional kesehatan dengan pasien juga dibingkai oleh kewajiban

fiduciary (*fiduciary duty*), yaitu kewajiban untuk bertindak demi kepentingan pihak yang lebih rentan karena adanya ketimpangan pengetahuan dan kekuasaan. Rodwin mendefinisikan konflik kepentingan dalam pelayanan kesehatan sebagai situasi di mana kepentingan sekunder – termasuk pendapatan institusional, target pemasaran, dan insentif pembiayaan – memengaruhi atau berpotensi memengaruhi penilaian profesional mengenai kepentingan primer, yaitu kesehatan dan kesejahteraan pasien.⁸ Rodwin menekankan bahwa konflik kepentingan tidak memerlukan niat jahat atau kerugian aktual untuk menjadi persoalan etik; cukup dengan adanya struktur insentif yang menciptakan risiko bahwa kepentingan sekunder dapat menyimpangkan keputusan klinis.⁸

Pada tingkat sistem, tinjauan ini menggunakan kerangka etik WHO untuk cakupan kesehatan semesta (*WHO ethical framework for universal health coverage*) sebagaimana dirumuskan dalam laporan *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*.¹⁵ Kerangka ini menetapkan tiga kriteria etik untuk pengambilan keputusan dalam sistem cakupan kesehatan semesta. Kriteria pertama adalah *fair priority setting*, yaitu bahwa keputusan mengenai layanan yang dicakup harus didasarkan pada kriteria yang relevan secara etik, termasuk efektivitas biaya, prioritas bagi kelompok yang paling membutuhkan, dan perlindungan terhadap risiko finansial. Kriteria kedua adalah *fair financing*, yaitu bahwa pembiayaan kesehatan harus bersifat progresif dan tidak membebani kelompok miskin secara tidak proporsional. Kriteria ketiga adalah akuntabilitas publik, yaitu bahwa pengambilan keputusan harus transparan, partisipatif, dan dapat dipertanggungjawabkan.¹⁵

Dengan demikian, kerangka bioetik dalam tinjauan ini mengintegrasikan tiga lapisan analisis normatif: (1) pada tataran individual, empat prinsip Beauchamp dan Childress digunakan untuk menilai dampak pemasaran dan SID terhadap hak dan kepentingan pasien; (2) pada tataran relasional, model Emanuel dan Emanuel serta teori *fiduciary* Rodwin digunakan untuk menilai kualitas hubungan klinis dan

Gambar 1. Kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP)

konflik kepentingan institusional; dan (3) pada tataran sistem, kerangka etik WHO digunakan untuk menilai konsistensi praktik pemasaran dan pola utilisasi dengan prinsip keadilan dalam cakupan kesehatan semesta. Pendekatan multilevel ini memungkinkan analisis yang melampaui konsep asimetri informasi sebagai kegagalan pasar dan menjangkau dimensi normatif yang lebih luas.

Kerangka Konseptual *Information Asymmetry Pathway* (IAP)

Tinjauan ini mengorganisasi temuan menggunakan kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP) yang disusun untuk memetakan hubungan antara pemasaran rumah sakit dan SID. Kerangka ini terdiri atas tiga domain utama sebagaimana ditampilkan pada Gambar 1. Domain A, Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu (*Upstream Marketing Practices*), mencakup strategi promosi, komunikasi digital, isi iklan, *branding*, *word of mouth*, dan segmentasi pasien yang digunakan rumah sakit untuk menarik pasien. Domain B, yaitu Perilaku Layanan pada Tahap Hilir (*Downstream Service Delivery Behaviors*), mencakup keputusan klinis, praktik pengodean, pola admisi, angka tindakan, pola klaim, dan perilaku layanan yang

berkaitan dengan mekanisme pembayaran serta dapat menjadi indikator SID. Domain C, yaitu Mekanisme Irisan (*Intersection Mechanisms*), menggambarkan jalur pertemuan antara kedua domain tersebut. Pada domain ini, konten pemasaran dapat membentuk ekspektasi pasien dan pilihan fasilitas kesehatan pada tahap awal. Setelah pasien masuk ke fasilitas kesehatan, ekspektasi tersebut kemudian berinteraksi dengan keunggulan informasi penyedia layanan, keputusan klinis, serta struktur insentif pembiayaan. Interaksi ini dapat memengaruhi jenis, volume, dan biaya layanan yang digunakan pasien. Kerangka IAP dalam tinjauan ini tidak dimaksudkan sebagai model kausal, melainkan sebagai alat pemetaan untuk mengorganisasi bukti yang beragam dari dua aliran literatur yang selama ini cenderung berjalan terpisah.

METODE

Scoping review ini mengikuti metodologi JBI untuk *scoping review* dan dilaporkan sesuai dengan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).^{19,20} Checklist PRISMA-ScR yang telah dilengkapi disajikan sebagai lampiran. Protokol tinjauan telah didaftarkan

pada OSF dengan DOI: 10.17605/OSF.IO/S275Z.

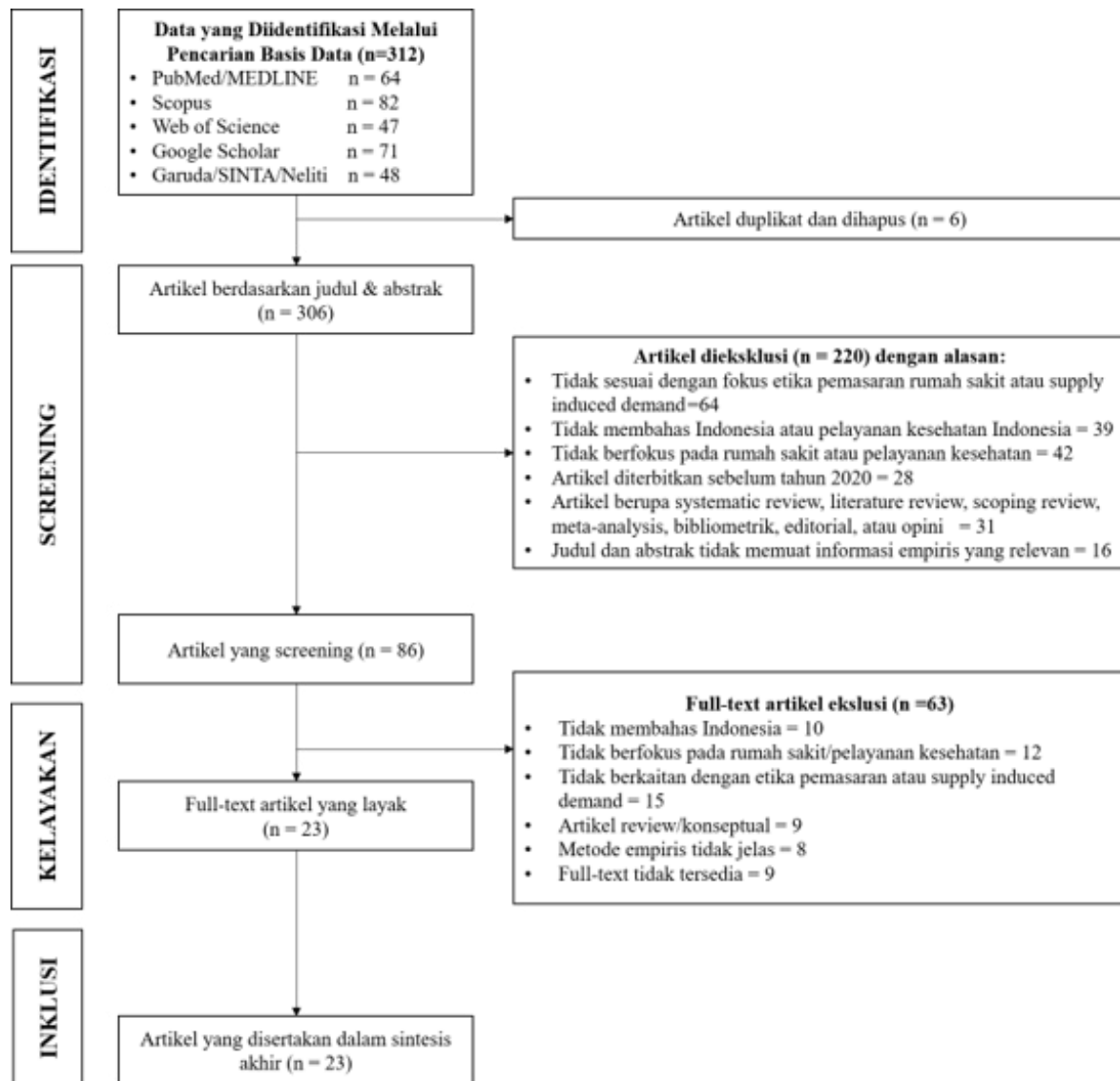
Kriteria inklusi ditetapkan menggunakan kerangka PCC (*Population–Concept–Context*). *Population* mencakup rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. *Concept* mencakup praktik pemasaran rumah sakit, strategi promosi, pemasaran digital, etika iklan layanan kesehatan, *supply-induced demand*, *provider moral hazard*, *upcoding*, *unnecessary admission*, *readmission*, pola klaim JKN, dan angka *sectio caesarea*. *Context* mencakup pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya dalam kerangka sistem JKN, mekanisme pembayaran INA-CBGs, dan regulasi yang mengatur penyelenggaraan serta promosi layanan kesehatan.

Artikel inklusi adalah studi empiris dengan berbagai desain penelitian, diterbitkan sejak tahun 2020, serta ditulis dalam Bahasa Inggris atau Bahasa Indonesia. Batas tahun 2020 digunakan dengan mempertimbangkan adanya perubahan penting dalam tata kelola dan regulasi pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan standar akreditasi STARKES dan terbitnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Artikel tinjauan, editorial, opini, dan artikel konseptual dikeluarkan dari tinjauan ini. Karena tujuan utama tinjauan ini adalah memetakan bukti empiris terkini yang relevan dengan konteks kebijakan Indonesia, strategi pencarian dibuat spesifik pada konteks Indonesia dan periode 2020 ke atas. Dengan demikian, jumlah studi yang terinklusi dapat mencerminkan dua hal sekaligus, yaitu masih terbatasnya penelitian primer pada irisan etika pemasaran rumah sakit dan SID serta sifat strategi pencarian yang sengaja menjaga relevansi konteks.

Strategi pencarian dalam tinjauan ini dirancang secara purposif untuk menjaga spesifisitas konteks, dengan membatasi pada studi empiris dalam konteks Indonesia dan periode 2020 ke atas. Keputusan desain ini memiliki konsekuensi terhadap jumlah studi yang terinklusi. Jumlah akhir 23 studi mencerminkan dua faktor yang saling berkaitan, bukan salah satu saja. Pertama, faktor strategi pencarian: pembatasan pada konteks Indonesia, periode pasca-2020, dan sifat empiris memang

mengeluarkan studi yang mungkin relevan secara tematik tetapi tidak relevan secara konteks kebijakan (misalnya studi SID dari negara lain atau studi Indonesia yang diterbitkan sebelum 2020). Batasan ini diterapkan secara sengaja karena tujuan tinjauan adalah memetakan bukti yang relevan dengan arsitektur tata kelola JKN terkini, bukan kompilasi seluruh literatur global mengenai pemasaran rumah sakit atau SID. Kedua, faktor substantif: bahkan dalam batas pencarian tersebut, ketiadaan studi yang secara langsung meneliti irisan antara pemasaran rumah sakit dan SID (Domain C) merupakan temuan substantif yang tidak dapat dijelaskan oleh batasan pencarian, karena studi semacam itu juga tidak ditemukan dalam literatur internasional yang lebih luas. Dengan demikian, jumlah 23 studi merupakan kombinasi dari keterbatasan pencarian yang disengaja dan keterbatasan basis bukti yang nyata, dan kedua faktor ini perlu dibaca secara bersamaan untuk memahami lanskap penelitian pada topik ini.

Pencarian literatur dilakukan pada 20 Mei 2026 melalui tujuh basis data, yaitu PubMed/MEDLINE, Scopus, dan Web of Science untuk literatur internasional, serta Google Scholar, Garuda, SINTA, dan Neliti untuk literatur berbahasa Indonesia dan literatur yang terindeks secara nasional. Strategi pencarian menggunakan operator Boolean AND dan OR dengan menggabungkan dua kelompok konsep. Kelompok pertama (Block 1) mencakup istilah pemasaran, yaitu “*hospital marketing*”, “*marketing ethics*”, “*healthcare advertising*”, “*digital marketing hospital*”, “pemasaran rumah sakit”, “etika pemasaran”, “promosi rumah sakit”, dan “komunikasi pemasaran”. Kelompok kedua (Block 2) mencakup istilah SID, yaitu “*supply-induced demand*”, “*provider-induced demand*”, “*physician-induced demand*”, “*moral hazard provider*”, “*upcoding*”, “*unnecessary admission*”, “*readmission*”, “*JKN claims*”, “klaim JKN”, dan “pemanfaatan layanan kesehatan”. Kedua kelompok istilah tersebut dikombinasikan dengan kata “Indonesia” menggunakan rumus pencarian umum: (Block 1 OR Block 2) AND Indonesia. Strategi pencarian lengkap untuk setiap basis data disajikan sebagai materi suplemen.



Gambar 2. Diagram PRISMA-ScR

Proses seleksi artikel dilakukan secara independen oleh dua penelaah, yaitu R dan Z, melalui dua tahap: penapisan judul dan abstrak, kemudian penilaian teks lengkap. Perbedaan pendapat diselesaikan melalui diskusi. Apabila perbedaan tidak dapat diselesaikan, penulis ketiga, DA, bertindak sebagai penentu. Data diekstraksi menggunakan formulir standar yang mencakup penulis, tahun publikasi, lokasi atau konteks penelitian, desain studi, temuan utama, dan klasifikasi domain dalam kerangka IAP. Formulir ekstraksi diuji coba terlebih dahulu pada lima sumber dan disempurnakan sebelum digunakan pada seluruh artikel. Sesuai dengan metodologi JBI untuk *scoping review*, penilaian kritis formal terhadap kualitas masing-masing sumber tidak dilakukan.¹⁹

HASIL DAN PEMBAHASAN

Seleksi Sumber Bukti

Pencarian pada tujuh basis data menghasilkan 312 artikel, terdiri atas Scopus sebanyak 82 artikel, Google Scholar sebanyak 71 artikel, PubMed/MEDLINE sebanyak 64 artikel, Garuda/SINTA/Neliti sebanyak 48 artikel, dan Web of Science sebanyak 47 artikel. Setelah dilakukan seleksi studi didapatkan 23 artikel dimasukkan dalam sintesis akhir sebagaimana ditampilkan pada Gambar 2.

Karakteristik Sumber Bukti Inklusi

Sebanyak 23 artikel inklusi dalam tinjauan ini diterbitkan antara tahun 2020 sampai 2025. Lokasi penelitian mencakup rumah sakit

Tabel 1. Pemetaan Artikel Inklusi

No.	Penulis (Tahun)	Objek/Lokasi	Desain	Domain	Temuan Utama
1	Machmud et al. (2020)	RS publik di provinsi rural	Retrospektif; regresi logistik	B	Ditemukan <i>upcoding</i> 10%, <i>readmission</i> 2,8%, dan <i>possible unnecessary admission</i> 18,9%.
2	Maulana (2020)	RS Jantung XYZ, Jakarta	<i>Mixed methods</i>	A	Strategi pemasaran diarahkan melalui <i>sales force</i> , komunikasi korporat, B2B, dan B2C.
3	Nugraheni et al. (2020)	Sistem JKN, nasional	Kualitatif; wawancara	B	Defisit JKN dikaitkan dengan tekanan kapitasi, dugaan fraud, dan lemahnya rujukan balik.
4	Syafrawati et al. (2020)	RS di wilayah rural	<i>Mixed methods</i>	B	<i>Upcoding</i> dalam INA-CBGs menunjukkan perlunya penguatan pengodean klinis dan audit klaim.
5	Astiti & Ilyas (2021)	RS Hermina Karawang	Deskriptif	A	Bauran komunikasi pemasaran diterapkan selama pandemi, tetapi beberapa elemen belum efektif.
6	Atmoko (2022)	RS swasta, Surakarta	Survei; SEM	A	<i>Word of mouth</i> positif dipengaruhi oleh citra rumah sakit dan kepercayaan pasien.
7	Ekawati & Andriani (2022)	RS Yadika Pondok Bambu	Kualitatif	A	Strategi pemasaran pandemi mencakup layanan baru, promosi digital, dan telemedicine.
8	Idris & Anggraini (2022)	Indonesia (IDHS 2017)	<i>Cross-sectional</i>	B	Angka <i>sectio caesarea</i> 17,9%; kelompok ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar.
9	Kartikasari (2022)	RSGM YARSI	Deskriptif kuantitatif	A	Strategi STP dan bauran pemasaran digunakan untuk layanan gigi dan mulut.
10	Maulana et al. (2022)	Rumah tangga peserta JKN	Analisis SUSENAS 2018–2019	B	JKN menurunkan <i>out-of-pocket payment</i> pasien lebih dari 50% di rumah sakit.
11	Nastiti et al. (2022)	Indonesia (IDHS 2017)	<i>Cross-sectional</i>	B	Prevalensi <i>sectio caesarea</i> 17,7%; diperlukan pemantauan terhadap tindakan tanpa indikasi medis.
12	Rahayu et al. (2022)	RS swasta, Tulungagung	Eksperimental pre-post	A	Pelatihan Instagram mengoptimalkan pemasaran digital rumah sakit.
13	Sunaryo et al. (2022)	RS swasta, Batu	Kuasi-eksperimental	A	Pelatihan Instagram meningkatkan pemahaman staf mengenai pemasaran digital.
14	Yuarsa et al. (2022)	RS pemerintah	Kuantitatif; analisis jalur	A	Iklan, promosi penjualan, dan publisitas berpengaruh terhadap pemasaran langsung.
15	Maulana (2023)	RSUD Ciawi	Kualitatif deskriptif	A	Bauran promosi meningkatkan <i>brand awareness</i> .
16	Qurba (2023)	RS terakreditasi STARKES, Bandung	<i>Mixed methods</i> ; PLS	B	Sistem akuntansi manajemen mendukung kinerja manajerial dan tata kelola internal.
17	Ramadia & Oktamianti (2023)	RS X, Jakarta	Kualitatif deskriptif	A	Bauran pemasaran pandemi meliputi produk, harga, promosi digital, kerja sama, lokasi, dan telemedicine.
18	Syafrawati et al. (2023)	RS tipe C	Kuantitatif; Analisis rekam medis	B	Ditemukan <i>possible unnecessary admission</i> 17,8%, <i>upcoding</i> 11,9%, dan <i>readmission</i> 2,8%.
19	Alhudha et al. (2024)	Iklan kesehatan Instagram	Analisis konten kuantitatif	A	Iklan yang efektif menarik perhatian lebih berisiko melanggar Permenkes No. 1787/2010; konten edukatif lebih aman secara etik.
20	Kusharini et al. (2024)	RSI Kota Magelang	Kualitatif	A	Pemasaran digital belum terarah dan memerlukan tim khusus, monitoring, serta evaluasi.
21	Mustofa & Meliala (2024)	Klaim JKN FKRTL Jawa Timur	Analisis data klaim	B	Klaim <i>sectio caesarea</i> mencapai 60,5% dari 837.809 subjek; <i>self-assessment</i> belum optimal.
22	Supriadi et al. (2024)	<i>Medical tourism</i> , Indonesia	Studi kasus kualitatif	A	Pengembangan <i>medical tourism</i> terkendala regulasi, <i>branding</i> , kepercayaan, fasilitas, dan SDM.
23	Tumbelaka et al. (2025)	RS X, Mojokerto	Kuantitatif <i>cross-sectional</i>	A	Facebook berpengaruh bermakna terhadap pilihan layanan rumah sakit, meskipun TikTok dan Instagram lebih banyak digunakan pasien.

publik dan swasta, terutama di Pulau Jawa, dengan keterwakilan wilayah di luar Jawa yang masih terbatas. Jumlah akhir 23 artikel tidak hanya menunjukkan terbatasnya penelitian empiris yang secara langsung relevan dengan irisan etika pemasaran rumah sakit dan SID, tetapi juga mencerminkan penerapan kriteria inklusi yang spesifik, yaitu studi empiris dalam konteks Indonesia dan pada periode regulasi terkini. Ketika dipetakan menggunakan kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP), sebanyak 14 artikel masuk ke dalam Domain A, yaitu *Upstream Marketing Practices*; 9 artikel masuk ke dalam Domain B, yaitu *Downstream Service Delivery Behaviors*; dan tidak ada artikel yang secara langsung masuk ke dalam Domain C, yaitu *Intersection Mechanisms*. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan empiris antara praktik pemasaran rumah sakit dan indikator SID dalam pelayanan kesehatan Indonesia belum diteliti secara langsung. Tabel 1 menyajikan hasil *charting* seluruh artikel inklusi berdasarkan penulis, tahun, objek/lokasi, desain penelitian, domain IAP, dan temuan utama.

Domain A: Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu

Sebanyak 14 sumber mendokumentasikan bagaimana rumah sakit di Indonesia menerapkan strategi pemasaran dan promosi, dengan beberapa subtema utama. Empat sumber membahas praktik pemasaran digital dan menunjukkan bahwa rumah sakit semakin banyak menggunakan Instagram, Facebook, TikTok, media sosial resmi, dan platform digital lain untuk menjangkau calon pasien.²¹⁻²⁴ Dua studi intervensi menunjukkan bahwa pelatihan

dan optimalisasi Instagram dapat meningkatkan kapasitas staf dalam mengelola konten pemasaran digital rumah sakit.^{21,22} Kusharini et al. menunjukkan bahwa pemasaran digital rumah sakit masih dapat terkendala oleh belum adanya arah strategis, tim khusus, monitoring, dan evaluasi yang memadai.²³ Tumbelaka et al. menemukan bahwa meskipun TikTok dan Instagram lebih banyak digunakan oleh pasien, Facebook memiliki pengaruh yang bermakna secara statistik terhadap pilihan fasilitas kesehatan.²⁴

Selain pemasaran digital, Maulana menunjukkan bahwa strategi pemasaran rumah sakit dapat diarahkan melalui *sales force*, komunikasi korporat, pendekatan B2B, dan B2C untuk memperluas permintaan pasar dan pangsa pasar.²⁵ Alhudha et al. melakukan analisis konten terhadap iklan kesehatan di Instagram dan menemukan bahwa konten yang paling menarik perhatian justru paling berisiko melanggar ketentuan etik berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010, sedangkan konten edukatif lebih aman secara etik meskipun cenderung kurang menarik secara promosi.²⁶ Ketegangan antara efektivitas promosi dan kepatuhan etik ini menjadi tantangan utama dalam pemasaran digital rumah sakit.

Lima studi mendeskripsikan strategi bauran promosi yang mencakup periklanan, promosi penjualan, hubungan masyarakat, *personal selling*, dan pemasaran langsung.²⁷⁻³¹ Namun, studi-studi tersebut lebih banyak mendokumentasikan apa yang dilakukan rumah sakit daripada mengevaluasi kualitas etik dari pesan promosi yang disampaikan. Atmoko menemukan bahwa *word of mouth* positif dipengaruhi oleh citra rumah sakit dan

Tabel 2. Peta Kesenjangan Bukti Berdasarkan Domain Kerangka IAP

Domain	Status Bukti	n	Kesenjangan Utama
A: Praktik Pemasaran Rumah Sakit pada Tahap Hulu	Bukti deskriptif tersedia; penilaian etik terbatas pada satu studi	14	Belum ada penilaian mengenai bagaimana konten pemasaran memengaruhi ekspektasi klinis pasien atau kesediaan pasien menerima rekomendasi penyedia layanan.
B: Indikator SID pada Tahap Hilir	Indikator empiris tersedia dari lokasi terbatas; generalisasi nasional masih belum kuat	9	Indikator SID terkonsentrasi pada rumah sakit rural dan data klaim FKRTL Jawa Timur; belum ada data memadai dari rumah sakit urban, tersier, atau swasta rujukan yang aktivitas pemasarannya lebih intensif.
C: Mekanisme Irisan	Tidak ada bukti langsung	0	Belum ada studi yang menghubungkan paparan pemasaran dengan luaran utilisasi, keputusan klinis, atau pola klaim.

kepercayaan pasien.³² Kartikasari menunjukkan penggunaan strategi *segmenting*, *targeting*, dan *positioning* atau STP dalam pemasaran layanan gigi.³³ Sementara itu, Supriadi et al. mengidentifikasi bahwa pengembangan *medical tourism* di Indonesia masih menghadapi kendala pada aspek regulasi, branding, dan kepercayaan publik.³⁴ Dari seluruh 14 sumber pada Domain A, temuan paling penting adalah hampir tidak adanya penilaian sistematis mengenai apakah konten promosi rumah sakit telah memberikan informasi klinis yang seimbang. Hanya Alhudha et al. yang secara langsung menilai kepatuhan etik konten promosi.²⁶

Domain B: Indikator SID pada Tahap Hilir

Sebanyak 9 sumber memberikan bukti mengenai perilaku layanan yang berhubungan dengan indikator SID. Machmud et al. menemukan angka *upcoding* sebesar 10%, *readmission* 2,8%, dan *possible unnecessary admission* 18,9% pada rumah sakit publik di wilayah rural.⁵ Syafrawati et al. mengonfirmasi pola serupa, yaitu *upcoding* 11,9% dan *unnecessary admission* 17,8%, serta mengidentifikasi keterbatasan kompetensi pengodean klinis dan lemahnya audit internal sebagai faktor penyebab.^{6,35} Angka-angka tersebut tidak dapat digeneralisasi secara nasional, tetapi merupakan indikator empiris yang kuat mengenai kemungkinan *provider moral hazard* dalam sistem JKN.

Tiga studi membahas pola *sectio caesarea*. Idris dan Anggraini menemukan angka *sectio caesarea* nasional sebesar 17,9% berdasarkan data IDHS 2017, dengan kelompok kuintil ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar dibandingkan kelompok kuintil ekonomi terendah.³⁶ Nastiti et al. menemukan angka nasional sebesar 17,7%.³⁷ Mustofa dan Meliala menganalisis klaim JKN pada FKRTL di Jawa Timur dan menemukan bahwa klaim *sectio caesarea* mencapai 60,5% dari 837.809 subjek penelitian.³⁸ Angka ini merepresentasikan subset fasilitas rujukan tingkat lanjut di satu provinsi sehingga tidak dapat dibandingkan secara langsung dengan angka nasional berbasis populasi. Nugraheni et al. mendokumentasikan defisit JKN sebesar Rp9,7–10,98 triliun yang dikaitkan dengan tekanan kapitasi dan dugaan

fraud.³⁹ Maulana et al. menunjukkan bahwa JKN menurunkan pembayaran langsung pasien atau *out-of-pocket payment* lebih dari 50%.⁴⁰ Qurba menemukan bahwa sistem akuntansi manajemen pada rumah sakit terakreditasi STARKES mendukung kinerja manajerial.⁴¹

Domain C: Mekanisme Irisan — Kesenjangan Bukti Utama

Tidak ada sumber inklusi yang secara langsung meneliti hubungan antara praktik pemasaran rumah sakit dan SID. Ketiadaan bukti langsung ini merupakan temuan utama dalam *scoping review* ini. Namun, bukti yang dipetakan pada Domain A dan Domain B menunjukkan adanya jalur yang dapat ditelusuri: (1) pemasaran membentuk ekspektasi pasien sebelum pertemuan klinis melalui konten persuasif yang dapat lebih menonjolkan daya tarik promosi dibandingkan informasi klinis yang seimbang;^{21–34} (2) asimetri informasi semakin kuat pada saat pertemuan klinis karena penyedia layanan memiliki kendali lebih besar atas keputusan admisi, tindakan, dan pengodean;^{5,6,35} (3) dalam sistem pembayaran prospektif INA-CBGs, insentif terhadap *upcoding* dan seleksi kasus dapat menciptakan peluang spesifik bagi terjadinya SID;^{35,39} dan (4) mekanisme pengawasan terhadap konten pemasaran berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010 dan mekanisme pengawasan utilitas klinis melalui akreditasi serta audit klaim masih berjalan secara terpisah. Tabel 2 merangkum distribusi bukti berdasarkan domain kerangka IAP.

Pembahasan

Scoping review ini memetakan 23 sumber empiris yang membahas praktik pemasaran rumah sakit dan *supply-induced demand* dalam pelayanan kesehatan Indonesia. Bukti yang ditemukan menunjukkan bahwa kedua domain tersebut aktif diteliti, tetapi masih berkembang sebagai dua aliran literatur yang terpisah tanpa kajian empiris mengenai titik temunya. Penelitian pemasaran rumah sakit sangat dominan berfokus pada efektivitas manajerial dengan evaluasi etik yang masih minimal. Ketegangan yang diidentifikasi oleh Alhudha

et al., yaitu bahwa konten promosi yang paling efektif menarik perhatian juga berisiko melanggar ketentuan etik, memiliki implikasi sistemik.²⁶ Ketika strategi promosi lebih mengutamakan daya tarik pasien dibandingkan kecukupan informasi, promosi berpotensi memperkuat asimetri informasi yang menjadi dasar terjadinya SID.

Bukti mengenai indikator SID masih terkonsentrasi pada lokasi dan institusi yang terbatas, terutama rumah sakit publik di wilayah rural dan data klaim JKN pada tingkat provinsi tertentu. Ketiadaan penelitian SID pada rumah sakit urban, swasta, atau tersier menjadi titik buta penting karena fasilitas jenis ini justru cenderung memiliki aktivitas pemasaran yang lebih intensif. Secara internasional, Ikegami et al. menunjukkan adanya *competition-driven physician-induced demand* di Jepang,⁴² Zhou menemukan bukti SID pada rumah sakit publik di China,⁴³ dan Seyedin et al. mengidentifikasi sistem pembayaran *fee-for-service*, lemahnya pengawasan asuransi, dan kesenjangan informasi pasien sebagai faktor pendorong *induced demand*.⁴⁴ Faktor-faktor tersebut juga relevan untuk dibaca dalam konteks Indonesia. Selain itu, Chen et al. menunjukkan secara eksperimental bahwa kompetisi pasar memengaruhi derajat SID, sehingga mendukung hubungan teoretis antara perilaku pemasaran kompetitif dan induksi permintaan layanan.³

Analisis Bioetik: Implikasi Temuan Melalui Tiga Kerangka Normatif

Bagian berikut menganalisis temuan tinjauan secara sistematis melalui tiga kerangka normatif yang telah diuraikan dalam kajian literatur. Analisis ini dimaksudkan untuk menunjukkan bahwa persoalan pemasaran rumah sakit dan SID melampaui isu efisiensi pasar atau kepatuhan regulasi, dan merupakan persoalan bioetik yang fundamental dalam sistem JKN.

Respect for Autonomy dan Informed Decision-Making

Dari 14 sumber pada Domain A, hanya satu studi yang menilai kepatuhan etik konten promosi rumah sakit.²⁶ Ketiadaan evaluasi

etik yang sistematis ini berarti bahwa tidak diketahui sejauh mana pesan pemasaran rumah sakit di Indonesia memenuhi syarat pemahaman substansial (*substantial understanding*) dan ketiadaan pengaruh yang mengendalikan (*absence of controlling influences*) yang dikemukakan Beauchamp dan Childress sebagai prasyarat tindakan otonom.⁷ Temuan Alhudha et al. bahwa konten promosi yang paling efektif juga paling berisiko melanggar ketentuan etik menunjukkan adanya ketegangan struktural antara tujuan pemasaran dan otonomi pasien.²⁶ Merujuk pada model Emanuel dan Emanuel, pemasaran yang terlalu persuasif berpotensi mendorong hubungan klinis ke arah model *informative* yang reduktif atau bahkan instrumental.¹⁴

Beneficence

Prinsip *obligatory beneficence* dari Beauchamp dan Childress mewajibkan institusi kesehatan untuk memaksimalkan manfaat bagi pasien.⁷ Bukti dari Domain A menunjukkan bahwa strategi pemasaran rumah sakit didominasi oleh tujuan manajerial – meningkatkan kunjungan, pangsa pasar, dan *brand awareness* – tanpa evaluasi apakah konten promosi juga berfungsi sebagai sumber informasi yang membantu pasien membuat keputusan sesuai kebutuhan klinis.^{21–34} Pemasaran yang sepenuhnya berorientasi komersial tanpa komponen edukatif dan informatif yang memadai gagal memenuhi dimensi *beneficence* institusional.

Non-Maleficence

Prinsip tidak merugikan memperoleh relevansi langsung dari temuan Domain B. Angka *possible unnecessary admission* sebesar 17,8–18,9%^{5,6} menunjukkan bahwa sebagian pasien yang masuk rumah sakit mungkin mengalami tindakan yang tidak sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan medis, sehingga terpapar pada risiko *iatrogenic* yang seharusnya dapat dihindari. Angka *sectio caesarea* nasional 17,7–17,9%^{36,37} yang melebihi rekomendasi WHO sebesar 10–15% menunjukkan adanya tindakan bedah yang mungkin melampaui indikasi obstetrik. Merujuk pada Grady, kewajiban tidak merugikan melampaui tindakan langsung dan mencakup

kewajiban untuk tidak menciptakan kondisi yang meningkatkan risiko kerugian.¹⁶ Jalur tidak langsung dari pemasaran ke ekspektasi ke tekanan klinis ke tindakan merupakan mekanisme pelanggaran *non-maleficence* yang belum diteliti secara empiris.

Justice dan Keadilan Distributif dalam JKN

Idris dan Anggraini menemukan bahwa kelompok kuintil ekonomi tertinggi memiliki risiko 3,5 kali lebih besar untuk menjalani *sectio caesarea*.³⁶ Dari perspektif Rawls, ketidaksetaraan ini hanya dapat dibenarkan apabila memberikan keuntungan terbesar bagi kelompok yang paling kurang beruntung – sebuah kondisi yang jelas tidak terpenuhi.¹⁷ Daniels memperkuat: layanan kesehatan sebagai *special social good* menuntut standar keadilan yang ketat.¹⁸

Kerangka etik WHO memberikan dasar tambahan pada tataran sistem. Kriteria *fair priority setting* mensyaratkan alokasi sumber daya berdasarkan efektivitas biaya dan prioritas kebutuhan, bukan daya tarik pemasaran.¹⁵ Kriteria *fair financing* mensyaratkan pembiayaan yang tidak membebani kelompok miskin secara tidak proporsional. Kriteria akuntabilitas publik mensyaratkan transparansi. Ketika pemasaran dan SID bersama-sama memengaruhi pola utilisasi, ketiganya terancam.¹⁵

Konflik Kepentingan dan Kewajiban Fiduciary

Temuan tinjauan ini mengungkapkan problem *dual agency* yang mendasar: rumah sakit sekaligus mempromosikan layanan, memberikan rekomendasi klinis, dan memperoleh manfaat finansial. Rodwin menegaskan bahwa konflik kepentingan tidak memerlukan niat jahat; cukup dengan adanya struktur insentif yang memungkinkan kepentingan sekunder memengaruhi keputusan klinis.⁸ Model Emanuel dan Emanuel memperjelas: pemasaran persuasif dapat mendistorsi hubungan klinis dari model *deliberative* ke arah yang lebih instrumental.¹⁴

Sintesis: Kontribusi Terhadap Literatur Bioetika

Secara keseluruhan, analisis multilevel ini menegaskan bahwa integrasi pengawasan

promosi dan audit utilisasi perlu dipahami sebagai instrumen perlindungan otonomi pasien, pemenuhan kewajiban *beneficence* dan *non-maleficence*, penjagaan kewajiban *fiduciary*, dan keadilan distributif – bukan sekadar mekanisme administratif. Kontribusi utama tinjauan ini terhadap literatur bioetika adalah menunjukkan bahwa pemasaran rumah sakit memerlukan pembacaan bioetik yang eksplisit karena beroperasi pada titik kritis di mana asimetri informasi bertemu dengan kewajiban *fiduciary* dan prinsip keadilan dalam sistem cakupan kesehatan semesta.

Implikasi Kebijakan

Dari sisi kebijakan, pemerintah Indonesia perlu mempertimbangkan integrasi pengawasan konten promosi ke dalam arsitektur tata kelola pelayanan kesehatan, dengan menghubungkan regulasi pemasaran berdasarkan Permenkes No. 1787 Tahun 2010 dengan peninjauan utilisasi klinis melalui akreditasi dan audit klaim. Pengawasan tersebut tidak cukup hanya menilai ada atau tidaknya pelanggaran formal, tetapi juga perlu menilai apakah konten promosi memberi informasi yang memadai bagi *informed decision-making* pasien – sebuah syarat bioetik yang melampaui kepatuhan regulasi semata. Dari perspektif kerangka etik WHO, konten promosi fasilitas JKN perlu dinilai konsistensinya dengan prinsip *fair priority setting* dan penggunaan sumber daya yang efisien. Dari sisi manajemen rumah sakit, strategi promosi perlu mengintegrasikan dimensi *beneficence* dan *non-maleficence* dengan menyertakan informasi klinis yang seimbang. Dari sisi penelitian, kesenjangan utama perlu dijawab melalui studi primer dengan analisis etik eksplisit menggunakan kerangka empat prinsip, kewajiban *fiduciary*, dan kerangka etik WHO.

Keterbatasan

Tinjauan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah studi yang diikutsertakan terbatas (n=23). Hal ini mencerminkan kombinasi dari strategi pencarian yang purposif spesifik dan keterbatasan basis bukti empiris yang nyata, sebagaimana telah diuraikan pada bagian metode. Kedua, pencarian

dibatasi pada tujuh basis data sehingga masih mungkin terdapat literatur abu-abu Indonesia yang belum terjaring. Ketiga, sesuai metodologi JBI, penilaian kritis formal terhadap kualitas setiap sumber tidak dilakukan. Keempat, desain studi yang heterogen membatasi komparabilitas antarartikel. Kelima, bukti SID masih terkonsentrasi secara geografis, dan angka *sectio caesarea* 60,5% merupakan temuan pada subset FKRTL di Jawa Timur, bukan angka nasional populasi.³⁸ Keenam, strategi pencarian belum ditelaah oleh pustakawan menggunakan pendekatan PRESS. Ketujuh, analisis bioetik dalam pembahasan ini bersifat interpretatif berdasarkan temuan yang dipetakan; analisis ini menunjukkan di mana persoalan etik berpotensi muncul, tetapi belum dapat menggantikan kajian empiris langsung mengenai dampak etis pemasaran dan SID terhadap pasien.

KESIMPULAN

Etika pemasaran rumah sakit dan *supply-induced demand* dalam pelayanan kesehatan Indonesia yang dianalisis melalui tiga kerangka normatif menunjukkan kesenjangan bukti yang memiliki implikasi bioetik yang signifikan pada tiga tataran. Pada tataran individual, praktik pemasaran yang tidak memberikan informasi klinis yang seimbang berpotensi melemahkan otonomi pasien dan mereduksi pengambilan keputusan dari *informed choice* menjadi *persuaded preference* (*respect for autonomy*); strategi promosi yang berorientasi komersial tanpa komponen informatif gagal memaksimalkan manfaat bagi pasien (*beneficence*); dan indikator SID seperti *unnecessary admission* dan tingginya angka *sectio caesarea* menunjukkan pasien mungkin terpapar pada risiko *iatrogenic* yang seharusnya dapat dihindari (*non-maleficence*). Pada tataran relasional, posisi ganda rumah sakit menciptakan konflik kepentingan struktural yang mengompromikan kewajiban *fiduciary* dan berpotensi mendistorsi hubungan klinis dari model *deliberative* ke arah yang lebih instrumental. Pada tataran sistem, pola utilisasi yang tidak merata bertentangan dengan kriteria *fair priority setting*, *fair financing*, dan akuntabilitas publik dalam kerangka etik WHO (*justice*).

Kerangka *Information Asymmetry Pathway* (IAP) yang diajukan dalam tinjauan ini dapat menjadi struktur awal untuk penelitian primer selanjutnya, khususnya untuk menguji secara empiris jalur dari paparan pemasaran rumah sakit menuju pola utilisasi klinis, dengan analisis bioetik yang eksplisit pada setiap titik jalur. Sebelum bukti empiris tersebut tersedia, kebijakan kesehatan di Indonesia perlu memprioritaskan pengawasan yang lebih terintegrasi antara regulasi konten promosi dan peninjauan utilisasi klinis. Integrasi ini penting untuk melindungi pasien pada dua titik utama rantai informasi – yaitu sebelum pasien memilih layanan dan setelah pasien masuk ke dalam proses pelayanan klinis – serta untuk menjamin bahwa otonomi pasien, kewajiban *fiduciary* institusi kesehatan, dan keadilan distributif dalam JKN terlindungi secara sistematis.

KONFLIK KEPENTINGAN

Seluruh penulis menyatakan tidak memiliki konflik kepentingan terkait publikasi ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, atas dukungan akses basis data jurnal selama proses penyusunan artikel ini. Penelitian ini tidak menerima hibah khusus dari lembaga pendanaan mana pun.

REFERENSI

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Laporan Kinerja Program JKN Kuartal IV Tahun 2024. Jakarta: DJSN; 2025.
2. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Laporan Kinerja Program JKN Kuartal II Tahun 2024. Jakarta: DJSN; 2024.
3. Chen Y, Pan Y, Ding Y. How Does Market Competition Affect Supplier-Induced Demand? An Experimental Study. *Front Public Health*. 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1024337
4. Karunadasa M, Sieberg KK, Jantunen TTK. Payment Systems, Supplier-Induced Demand, and Service Quality in Credence Goods: Results from a Laboratory Experiment. *Games* (Basel).

- 2023;14(3). doi:10.3390/g14030046
5. Machmud R, Syafrawati S, Aljunid PSM, Semiarty R. Does Moral Hazard Occur in the Implementation of Social Health Insurance? Evidence from Public Hospitals in a Rural Province of Indonesia. *Asia Pacific Fraud Journal*. 2020;5(1):24–32. doi:10.21532/apfjournal.v5i1.133
6. Syafrawati S, Machmud R, Aljunid SM, Semiarty R. Incidence of Moral Hazards Among Health Care Providers in the Implementation of Social Health Insurance Toward Universal Health Coverage: Evidence from Rural Province Hospitals in Indonesia. *Front Public Health*. 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1147709
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
8. Rodwin MA. *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York: Oxford University Press; 1993.
9. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Pemerintah Republik Indonesia. Jakarta, Indonesia; 2023.
10. Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Pemerintah Republik Indonesia. Indonesia; 2024.
11. World Health Organization. Indonesia's Success in Achieving 90 Percent Coverage and Minimizing Out-of-Pocket Expenses Through National Health Insurance Expansion. World Health Organization [daring]. Geneva; 2023. Diunduh dari: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/indonesia-s-success-in-achieving-90-percent-coverage-and-minimizing-out-of-pocket-expenses-through-national-health-insurance-expansion>
12. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev*. 1963;53(5):941–73.
13. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1787/Menkes/Per/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. Indonesia; 2010.
14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221–6. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038
15. World Health Organization. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva; 2014.
16. Grady C. Enduring and Emerging Challenges of Informed Consent. *N Engl J Med*. 2015;372(9):855–62. doi:10.1056/NEJMr1411250
17. Rawls J. *A Theory of Justice*. Revised Edition. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
18. Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
19. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020 Oct 1;18(10):2119–26. doi:10.11124/JBIES-20-00167 PubMed PMID: 33038124.
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Sep 4;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850
21. Rahayu DN, Arif AIM, Fitriyari N. Instagram Optimization as Hospital Digital Marketing Tool. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2022;32(1):79–84. doi:10.21776/ub.jkb.2022.032.01.15s
22. Sunaryo NC, Indriani W, Fitriyari N. Instagram Optimization as Digital Marketing Media: Study at a Private Hospital in Batu City. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2022;32(1):75–8. doi:10.21776/ub.jkb.2022.032.01.14s
23. Kusharini OY, Hidayat D, Widjaja YR. Strategi Manajemen Pemasaran Digital pada Rumah Sakit Islam Kota Magelang. *ProBisnis: Jurnal Manajemen*. 2024;15(6):409–20.
24. Tumbelaka R V, Chalidyanto D, Purnomo W. Development of Digital Marketing Utilization Based on Analysis of Digital Marketing Implementation in the Marketing Strategy of X Hospital Mojokerto. *Qanun Medika - Medical Journal Faculty of Medicine Muhammadiyah Surabaya*. 2025;9(02). doi:10.30651/jqm.v9i02.26088
25. Maulana N. Menelusik Strategi Pemasaran Rumah Sakit Menggunakan Market Based-Management. *Jurnal Manajemen Bisnis*. 2020;17(3):374–95. doi:10.38043/jmb.v17i3.2527

26. Alhudha AA, Setyonugroho W, Pribadi F. Health Advertising on Instagram: Is It Effective While Following Ethical Guidelines? *Indonesian Journal of Health Administration*. 2024;12(1):150–61. doi:10.20473/jaki.v12i1.2024.150-161
27. AstitiSH, IlyasY. Implementasi Bauran Komunikasi Pemasaran RS Hermina Karawang di Era Pandemi COVID-19. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr Soetomo*. 2021;7(2):162–74. doi:10.29241/jmk.v7i2.619
28. Maulana MI. Bauran Promosi RSUD Ciawi Kabupaten Bogor dalam meningkatkan Brand Awareness. *Jurnal Penelitian Sosial Ilmu Komunikasi*. 2023;7(1):11–20. doi:10.33751/jpsik.v7i1.7854
29. Yuarsa TA, Narulita S, Ariyani N. Strategi Komunikasi Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Pemerintah untuk Masyarakat Umum. *Jurnal Lensa Mutiara Komunikasi*. 2022;6(2):344–58. doi:10.51544/jlmk.v6i2.3681
30. Ekawati S, Andriani H. Strategi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Yadika Pondok Bambu pada Masa Pandemi COVID-19. *Jurnal Medika Utama*. 2022;3(02 Januari):2073–83.
31. Ramadia O, Oktamianti P. Gambaran Strategi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit X di Jakarta Selama Pandemi COVID-19. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*. 2023;8(3):2153–62. doi:10.36418/syntax-literate.v8i3.11547
32. Atmoko WB. Word of Mouth: Strategi Komunikasi Legal Mempromosikan Rumah Sakit. *Jurnal Performa: Jurnal Manajemen Dan Start-up Bisnis*. 2022;7(3):358–75. doi:10.37715/jp.v7i3.411
33. Kartikasari N. Analisis STP dan Strategi Marketing Mix Pelayanan Gigi dan Mulut selama Masa Pandemi COVID-19 di RSGM Yarsi. *Jurnal Medika Utama*. 2022;3(02 Januari):2159–68.
34. Supriadi, Al Aufa B, Nurfikri A, Koire II. Exploring the Potential of a Multi-Level Approach to Advance the Development of the Medical Tourism Industry in Indonesia. *Health Serv Insights*. 2024;17. doi:10.1177/11786329241245231
35. Syafrawati S, Machmud R, Aljunid SM, Semiarty R. Incidence and Root Cause of Upcoding in the Implementation of Social Health Insurance in Rural Province Hospital in Indonesia. *Asia Pacific Fraud Journal*. 2020;5(1):56–61. doi:10.21532/apfjournal.v5i1.135
36. Idris, Anggraini. Highest Economic Status Increases Risk of Cesarean Section in Women of Childbearing Age. *Universa Medicina*. 2022;41(2):129–38. doi:10.18051/UnivMed.2022.v41.129-138
37. Nastiti AA, Triharini M, Santika NKA, Dewi YS, Barnawi NA, Arifin H. Determinants of Caesarean Section Delivery: A Nationwide Study in Indonesia. *Br J Midwifery*. 2022;30(5):282–9. doi:10.12968/bjom.2022.30.5.282
38. Mustofa TR, Meliala A. Sectio Caesarean Delivery Claims of National Health Insurance Patients at Advanced Referral Health Facilities in East Java Region. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*. 2024;4(1):51–65. doi:10.53756/jjkn.v4i1.188
39. Nugraheni WP, Zahroh AH, Hartono RK, Nugraha RR, Chun CB. National Health Insurance Deficit in Indonesia: Identification of Causes and Solutions for Resolution. *Glob J Health Sci*. 2020;12(13):58–66. doi:10.5539/gjhs.v12n13p58
40. Maulana N, Soewondo P, Adani N, Limasalle P, Pattnaik A. How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Coverage Influences Out-of-Pocket (OOP) Payments by Vulnerable Populations in Indonesia. *PLOS Global Public Health*. 2022;2(7). doi:10.1371/journal.pgph.0000203
41. Qurba GL. Management Accounting System Dimensions as Mediating the Effect of Decentralization and Environmental Uncertainty on Managerial Performance. *Coopetition Jurnal Ilmiah Manajemen*. 2023;14(1):19–28.
42. Ikegami K, Onishi K, Wakamori N. Competition-Driven Physician-Induced Demand. *J Health Econ*. 2021;79. doi:10.1016/j.jhealeco.2021.102488
43. Zhou M. Supply-Induced Demand for Medical Services Under Price Regulation: Evidence from Hospital Expansion in China. *China Economic Review*. 2021;67. doi:10.1016/j.chieco.2021.101609
44. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador RC. The Main Factors of Supplier-Induced Demand in Health Care: A Qualitative Study. *J Educ Health Promot*. 2021;10(49). doi:10.4103/jehp.jehp_68_20