JURNAL LOCUS: Penelitian & Pengabdian
Volume 5 No. 11 November 2026, pp 9873-9889
E-ISSN 2829-7334
DOI: 10.58344/locus.v5i11.6488

54Pengaruh *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* terhadap *Patient-Centric Orientation* melalui *Digital Adoption Capability* pada Implementasi Sistem IT'Simpler di RSUD Taman Husada Bontang

Meutia Hanum*, Fahrul Riza, Lexi Pranata Budidharmanto
Universitas Ciputra Surabaya, Indonesia
Email: meutiahanum01@magister.ciputra.ac.id*, fahrul.riza@ciputra.ac.id

Keywords:
digital adoption capability; digital leadership; ict knowledge; patient-centric orientation; pls-sem.

This is an open access article under the CC BY-SA license.

Copyright © 2026 by Author. Published by Riviera Publishing

Abstract

digital transformation in hospitals requires not only technology but also organizational and human resource capabilities to adopt and utilize it in patient-oriented services. At Taman Husada Bontang Regional Public Hospital, patient observations indicated room for improvement in service speed (score 2.96 or 74.00%) and staff behavior (score 2.91 or 72.75%). this study analyzes the effects of Digital Leadership and ICT Knowledge on Patient-Centric Orientation through Digital Adoption Capability in IT'Simpler implementation. a quantitative explanatory cross-sectional design involved 251 respondents selected through purposive sampling from a population of 668 employees; data were collected using a four-point Likert-scale questionnaire and analyzed using PLS-SEM. digital Leadership ($\beta = 0.325$; $p < 0.001$) and ICT Knowledge ($\beta = 0.430$; $p < 0.001$) significantly affect Digital Adoption Capability, which in turn affects Patient-Centric Orientation ($\beta = 0.323$; $p < 0.001$). ICT Knowledge has a significant direct effect on Patient-Centric Orientation ($\beta = 0.331$; $p < 0.001$), whereas Digital Leadership does not ($\beta = 0.099$; $p = 0.080$). Digital Adoption Capability mediates the effects of Digital Leadership (indirect effect = 0.105) and ICT Knowledge (indirect effect = 0.139). Hospital digital transformation therefore depends on organizational ability to adopt, integrate, and utilize technology for patients' needs.

Kata Kunci:
digital adoption capability; digital leadership; ict knowledge; patient-centric orientation; pls-sem.

Abstrak

transformasi digital rumah sakit tidak hanya menuntut teknologi, tetapi juga kemampuan organisasi dan sumber daya manusia dalam mengadopsi dan memanfaatkannya untuk pelayanan yang berorientasi pada pasien. Pada RSUD Taman Husada Bontang, observasi terhadap pasien menunjukkan masih terdapat ruang perbaikan pada kecepatan pelayanan (skor 2,96 atau 74,00%) dan perilaku petugas (skor 2,91 atau 72,75%). penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* terhadap *Patient-Centric Orientation* melalui *Digital Adoption Capability* pada implementasi sistem IT'Simpler. Penelitian kuantitatif eksplanatori *cross-sectional* ini melibatkan 251 responden yang dipilih secara *purposive sampling* dari populasi 668 pegawai; data dikumpulkan melalui kuesioner skala Likert empat poin dan dianalisis menggunakan PLS-SEM. *Digital Leadership* ($\beta = 0{,}325$; $p < 0{,}001$) dan *ICT Knowledge* ($\beta = 0{,}430$; $p < 0{,}001$) berpengaruh signifikan terhadap *Digital Adoption Capability*, yang selanjutnya berpengaruh terhadap *Patient-Centric Orientation* ($\beta = 0{,}323$; $p < 0{,}001$). *ICT Knowledge*

berpengaruh langsung secara signifikan terhadap *Patient-Centric Orientation* (β = 0,331; p < 0,001), sedangkan *Digital Leadership* tidak (β = 0,099; p = 0,080). *Digital Adoption Capability* memediasi pengaruh *Digital Leadership* (*indirect effect* = 0,105) dan *ICT Knowledge* (*indirect effect* = 0,139). Keberhasilan transformasi digital rumah sakit bergantung pada kemampuan organisasi mengadopsi, mengintegrasikan, dan memanfaatkan teknologi bagi kebutuhan pasien.

PENDAHULUAN

Transformasi digital telah menjadi bagian penting dalam perubahan tata kelola dan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan (Firdaus et al., 2025; Manurung et al., 2026; Wulandari et al., 2025). Teknologi digital memungkinkan rumah sakit mengintegrasikan informasi, menyederhanakan proses, meningkatkan koordinasi antarunit, dan mendukung pengambilan keputusan berbasis data. Namun, ketersediaan atau integrasi teknologi tidak dengan sendirinya menjamin perubahan proses pelayanan yang berorientasi pada pasien. Transformasi digital merupakan proses organisasi yang membutuhkan kesiapan infrastruktur, sumber daya manusia, proses kerja, dan kemampuan organisasi untuk mengintegrasikan teknologi ke dalam aktivitas pelayanan (Ciasullo et al., 2026; Hamsal et al., 2026; Stoumpos et al., 2023; Trivedi et al., 2024). Persoalan ini menjadi semakin penting di rumah sakit karena pelayanan melibatkan berbagai profesi, unit kerja, dan tahapan yang saling berkaitan. Implementasi teknologi kesehatan juga menghadapi persoalan penerimaan pengguna, resistensi terhadap perubahan, serta keterbatasan kemampuan tenaga kesehatan dalam memanfaatkan teknologi secara efektif, sehingga keberhasilan digitalisasi tidak cukup dinilai dari keberadaan sistem, tetapi dari kemampuan organisasi dan sumber daya manusianya mengubah teknologi menjadi praktik pelayanan yang bernilai bagi pasien.

Kondisi tersebut sejalan dengan penerapan sistem integrasi pelayanan digital IT'Simpler di RSUD Taman Husada Bontang (Chendra et al., 2025; Safitri et al., 2025). Sistem ini dikembangkan untuk mengintegrasikan proses pendaftaran pasien, pelayanan poliklinik rawat jalan, laboratorium, radiologi, farmasi, hingga administrasi pembayaran. Penerapannya diharapkan mengurangi pekerjaan administratif berulang, mempercepat penyampaian informasi, memperkuat koordinasi antarunit, serta menciptakan alur pelayanan yang lebih terintegrasi. Berdasarkan observasi terhadap pengguna layanan, pelayanan secara umum memperoleh tanggapan yang cukup baik, tetapi masih terdapat aspek yang perlu ditingkatkan. Pada skala Likert 1–4, aspek kecepatan pelayanan memperoleh skor 2,96 atau 74,00%, perilaku petugas memperoleh skor 2,91 atau 72,75%, sedangkan kompetensi petugas memperoleh skor 3,40 atau 85,00%. Hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman pasien tidak hanya ditentukan oleh hasil pelayanan, tetapi juga oleh proses selama pelayanan berlangsung, seperti kecepatan, sikap dan respons petugas, serta kualitas komunikasi (Alabdaly et al., 2021).

Dalam konteks tersebut muncul *implementation gap*, yaitu kondisi ketika ketersediaan sistem digital belum sepenuhnya diikuti oleh kemampuan organisasi dan pegawai untuk memanfaatkan teknologi secara optimal dalam proses kerja. IT'Simpler menyediakan infrastruktur digital, tetapi kemampuan organisasi dan pegawai dalam mengadopsi dan memanfaatkan teknologi menentukan bagaimana infrastruktur tersebut diterjemahkan ke dalam praktik pelayanan. Oleh karena itu, *Digital Adoption Capability* (DAC) menjadi penting untuk menjelaskan kemampuan organisasi dalam menerima, mengintegrasikan, menyesuaikan,

dan memanfaatkan teknologi digital ke dalam proses kerja. Binsar, Mursitama, et al. (2025) menempatkan DAC sebagai mekanisme yang menghubungkan kepemimpinan digital dengan kinerja rumah sakit, karena keberhasilan transformasi digital bergantung pada kemampuan organisasi mengintegrasikan proses, teknologi, aplikasi, dan data. Dengan perspektif ini, DAC dipandang sebagai mekanisme konversi (*conversion mechanism*) yang menjembatani sumber daya digital dengan penerapannya dalam proses kerja yang berorientasi pada pasien. Esensi penelitian ini karenanya bukan semata-mata menilai keberadaan atau penggunaan IT'Simpler, melainkan kapabilitas organisasi dalam mengadopsi, mengintegrasikan, dan memanfaatkan teknologi digital.

Salah satu faktor yang berpotensi membentuk DAC adalah *Digital Leadership*, yang mencakup kemampuan menetapkan arah transformasi digital, mengomunikasikan perubahan, memberikan dukungan kepada pegawai, mendorong inovasi, serta mengelola resistensi terhadap perubahan (Alanazi, 2022; Binsar et al., 2026; Ismail et al., 2025). Faktor lainnya adalah *ICT Knowledge*, yaitu pengetahuan pegawai mengenai teknologi informasi dan komunikasi yang memungkinkan mereka memahami fungsi sistem, menggunakan aplikasi, menginterpretasikan informasi, serta menyesuaikan penggunaan teknologi dengan kebutuhan pekerjaan. Brice dan Almond (2020) menunjukkan bahwa kapabilitas digital tenaga profesional kesehatan mencakup aspek *change management*, *user application*, *data, information and knowledge*, serta *innovation*. Pada akhirnya, teknologi perlu memberikan nilai dalam proses pelayanan kepada pasien. Perkembangan *digital health* memberikan peluang bagi pelayanan kesehatan untuk menjadi lebih mudah diakses, responsif, dan personal (Dodson et al., 2024; Stoumpos et al., 2023; Teig et al., 2026), sehingga *Patient-Centric Orientation* (PCO) menjadi penting untuk melihat bagaimana kapabilitas adopsi teknologi diterjemahkan ke dalam orientasi pelayanan. Dalam penelitian ini, PCO didefinisikan sebagai persepsi pegawai mengenai sejauh mana organisasi mengarahkan proses pelayanan dengan mempertimbangkan kebutuhan, preferensi, keselamatan, kenyamanan, dan pengalaman pasien, bukan sebagai ukuran pengalaman pasien secara langsung.

Hubungan antara DAC dan PCO didukung oleh penelitian terdahulu. Binsar, Abdurachman, et al. (2025) menunjukkan bahwa kapabilitas digital seperti *Hospital Information System* (HIS) dan *Electronic Medical Record* (EMR) dapat meningkatkan efisiensi operasional, namun pengaruh langsungnya terhadap *patient-centered care* masih terbatas, sehingga kepemimpinan dan pelatihan staf menjadi penting. Brice dan Almond (2020) juga menunjukkan bahwa keterampilan digital tenaga kesehatan tidak secara otomatis menghasilkan *person-centered digital healthcare*. Mekanisme ini dijelaskan melalui *Dynamic Capabilities Theory*; Teece (2007) menyatakan bahwa kemampuan dinamis berkaitan dengan kemampuan organisasi untuk mengintegrasikan, membangun, dan mengonfigurasi ulang sumber daya dalam merespons perubahan lingkungan. *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* dipandang sebagai sumber daya yang mendukung pembentukan DAC, sedangkan DAC diposisikan sebagai kapabilitas yang memungkinkan sumber daya tersebut diterjemahkan ke dalam PCO. Kerangka ini berbeda dari Binsar, Mursitama, et al. (2025) yang menempatkan *Hospital Performance* sebagai *outcome*, karena peningkatan kinerja organisasi tidak selalu identik dengan meningkatnya orientasi pelayanan yang berpusat pada pasien.

Berdasarkan argumen tersebut, terdapat tiga kesenjangan penelitian. Pertama, masih terbatas penelitian yang menerapkan Dynamic Capabilities Theory dalam transformasi digital

rumah sakit dengan menempatkan orientasi pelayanan kepada pasien sebagai outcome. Kedua, masih terbatas penjelasan empiris mengenai bagaimana Digital Leadership dan ICT Knowledge diterjemahkan menjadi DAC sebagai mekanisme penghubung dengan PCO. Ketiga, masih terbatas bukti empiris yang menguji keempat konstruk tersebut dalam satu model pada rumah sakit pemerintah daerah di Indonesia, khususnya pada implementasi sistem integrasi pelayanan digital. Penelitian ini menggunakan persepsi pegawai sebagai sumber data utama, sedangkan data sekunder pelayanan periode 2023–2025 hanya digunakan sebagai penguatan fenomena dan konteks empiris, bukan untuk menarik kesimpulan kausal. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh Digital Leadership dan ICT Knowledge terhadap Patient-Centric Orientation melalui Digital Adoption Capability pada implementasi sistem pelayanan digital IT'Simpler di RSUD Taman Husada Bontang. Secara teoretis, penelitian ini memperluas penerapan Dynamic Capabilities Theory dengan menempatkan DAC sebagai mekanisme konversi antara sumber daya organisasi dan orientasi pelayanan kepada pasien; secara empiris, penelitian ini memberikan bukti dari konteks rumah sakit pemerintah daerah di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Taman Husada Bontang yang telah mengimplementasikan sistem integrasi pelayanan digital IT'Simpler yang menghubungkan Poliklinik Rawat Jalan, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, dan unit administrasi. Penelitian dilaksanakan selama tiga bulan, yaitu Juni sampai Agustus, meliputi tahap persiapan, penyebaran kuesioner, pengumpulan data, pengolahan data, dan analisis hasil. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain eksplanatori *cross-sectional* untuk menguji hubungan langsung maupun tidak langsung (mediasi) antarvariabel menggunakan analisis PLS-SEM.

Populasi penelitian adalah seluruh pegawai RSUD Taman Husada Bontang yang terdiri atas unsur manajemen, tenaga kesehatan, tenaga administrasi, serta staf yang terlibat dalam penggunaan IT'Simpler, berjumlah 668 orang. Sebagai acuan awal penentuan jumlah responden digunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 5%:

$$n = N / (1 + N(e)^2) = 668 / (1 + 668(0{,}05)^2) = 668 / 2{,}74 = 251$$

dengan n adalah jumlah sampel, N jumlah populasi, dan e batas toleransi kesalahan. Pemilihan responden dilakukan dengan *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi, yaitu pegawai aktif pada saat pengumpulan data, bekerja pada unit yang menggunakan atau terintegrasi dengan IT'Simpler, telah menggunakan atau berinteraksi dengan IT'Simpler dalam pelaksanaan tugas, serta termasuk profesi atau unit yang terlibat dalam pelayanan maupun pengelolaan proses yang didukung IT'Simpler. Pegawai yang tidak aktif bertugas atau tidak berinteraksi dengan IT'Simpler dikeluarkan. Responden yang terkumpul dan memenuhi kriteria sebanyak 251 orang, melampaui sampel minimum 251. Karena perhitungan Slovin hanya digunakan sebagai acuan awal, hasil penelitian diinterpretasikan berdasarkan karakteristik responden yang memenuhi kriteria, bukan berdasarkan klaim tingkat kesalahan sampling probabilitas. Responden juga dikelompokkan secara deskriptif berdasarkan frekuensi penggunaan IT'Simpler (sangat sering, sering, dan cukup sering); kelompok sangat sering dan sering merupakan pengguna pelayanan langsung, sedangkan kelompok cukup sering mencakup

unsur manajemen yang memanfaatkan informasi sistem untuk pemantauan dan pengambilan keputusan.

Instrumen penelitian berupa kuesioner terstruktur berisi 30 item pernyataan untuk mengukur empat konstruk, menggunakan skala Likert empat poin (1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, 4 = sangat setuju). Skala ini bersifat *forced-choice* untuk mengurangi kecenderungan memilih jawaban tengah. Operasionalisasi konstruk disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Operasionalisasi Konstruk Penelitian

Variabel	Peran	Jumlah Item	Indikator Utama
Digital Leadership (X1)	Independen	8	Visi digital; dukungan transformasi; budaya inovasi; keputusan berbasis teknologi; pemberdayaan
ICT Knowledge (X2)	Independen	7	Pengetahuan perangkat lunak; penggunaan aplikasi; pengoperasian sistem; pemanfaatan teknologi
Digital Adoption Capability (Z)	Mediasi	8	Penggunaan sistem digital; adaptasi teknologi; integrasi proses; pemanfaatan informasi
Patient-Centric Orientation (Y)	Dependen	7	Kebutuhan pasien; komunikasi; kemudahan; empati; responsivitas

Sumber: Diolah oleh peneliti, 2026

Analisis data dilakukan menggunakan PLS-SEM dengan SmartPLS melalui dua tahap. Tahap pertama mengevaluasi model pengukuran (*outer model*) melalui *outer loading*, *Cronbach's Alpha*, *Composite Reliability*, *Average Variance Extracted* (AVE), dan *Heterotrait-Monotrait Ratio* (HTMT). Tahap kedua mengevaluasi model struktural (*inner model*) melalui R^2, VIF, *effect size* (f^2), Q^2, SRMR, koefisien jalur, *bootstrapping*, dan pengaruh tidak langsung untuk menguji mediasi. Data indikator pelayanan rumah sakit periode 2023–2025 digunakan sebagai data sekunder pendukung (triangulasi) dan tidak dimasukkan sebagai variabel dalam model.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden dan Data Pendukung

Penelitian ini menggunakan 251 responden dari populasi 668 pegawai RSUD Taman Husada Bontang. Karakteristik responden meliputi jabatan/profesi, lama bekerja, unit kerja, dan frekuensi penggunaan IT'Simpler sebagaimana disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase
Jabatan/Profesi	Manajemen	8	3,15%
	Dokter	26	10,24%
	Perawat	150	59,06%
	Apoteker/Sarjana Farmasi	26	10,24%
	Tenaga Administrasi	8	3,15%
	Lainnya	36	14,17%
Lama Bekerja	< 1 tahun	1	0,39%
	1–5 tahun	70	27,56%
	6–10 tahun	17	6,69%
	11–15 tahun	74	29,13%
	> 15 tahun	92	36,22%
Unit Kerja	Rawat Jalan	39	15,4%
	Laboratorium	11	4,3%
	Radiologi	4	1,6%
	Farmasi	26	10,2%
	Lainnya	174	68,5%
Frekuensi Penggunaan IT'Simpler	Sangat Sering	40	15,74%
	Sering	175	68,89%
	Cukup Sering	39	15,35%

Sumber: Data penelitian, diolah oleh peneliti, 2026

Berdasarkan Tabel 2, responden berasal dari berbagai jabatan dan unit kerja dengan kelompok perawat sebagai kelompok terbesar (59,06%). Masa kerja responden beragam, mulai dari kurang dari satu tahun hingga lebih dari 15 tahun, dan sebagian besar responden menggunakan IT'Simpler dengan frekuensi sering (68,89%). Selain itu, data sekunder indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) periode 2023–2025 digunakan sebagai data pendukung dan triangulasi kontekstual sebagaimana disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Indikator SPM RSUD Taman Husada Bontang Tahun 2023–2025

Indikator	Standar	2023	2024	2025	Status 2025
Poliklinik Rawat Jalan	≥90%	90,76%	90,46%	91,56%	Memenuhi
Laboratorium	≥80%	86,71%	90,20%	85,61%	Memenuhi
Radiologi	≥80%	84,51%	87,76%	87,65%	Memenuhi
Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤60 menit	70,62 menit	72,15 menit	90,44 menit	Tidak Memenuhi
Farmasi – Obat Jadi	≤30 menit	22,37 menit	30,79 menit	23,29 menit	Memenuhi
Farmasi – Obat Racikan	≤60 menit	27,48 menit	45,93 menit	27,90 menit	Memenuhi
Indeks Survei Kepuasan Pasien	80%	72%	89,28%	90,28%	Memenuhi

Sumber: Data RSUD diolah oleh peneliti, 2026

Berdasarkan Tabel 3, sebagian besar indikator SPM tahun 2023–2025 telah memenuhi standar. Indikator Poliklinik Rawat Jalan, Laboratorium, dan Radiologi berada di atas standar

minimal, demikian pula waktu pelayanan Farmasi Obat Jadi dan Obat Racikan pada tahun 2025. Namun, waktu tunggu rawat jalan belum memenuhi standar dan meningkat dari 70,62 menit pada 2023 menjadi 72,15 menit pada 2024 dan 90,44 menit pada 2025, sedangkan standar maksimal 60 menit. Di sisi lain, indeks kepuasan pasien meningkat dari 72% pada 2023 menjadi 90,28% pada 2025. Data SPM ini digunakan sebagai informasi pendukung, bukan sebagai bukti bahwa IT'Simpler secara langsung menyebabkan perubahan indikator pelayanan.

Evaluasi Model Pengukuran (Outer Model)

Hasil pengujian menunjukkan bahwa sebagian besar indikator memiliki *outer loading* di atas 0,70. Pada konstruk *Digital Leadership*, indikator A1–A6 dan A8 memiliki *outer loading* 0,715–0,798, sedangkan indikator A7 sebesar 0,533. Indikator A7 tetap dipertahankan karena reliabilitas konstruk dan AVE *Digital Leadership* telah memenuhi kriteria serta indikator tersebut memiliki relevansi teoretis. Konstruk *Digital Adoption Capability* memiliki *outer loading* 0,702–0,796, *ICT Knowledge* 0,713–0,781, dan *Patient-Centric Orientation* 0,763–0,804. Validitas diskriminan diuji menggunakan HTMT sebagaimana disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Hasil Pengujian Validitas Diskriminan (HTMT) Antarkonstruk

Konstruk	*Digital Leadership*	*Digital Adoption Capability*	*ICT Knowledge*	*Patient-Centric Orientation*
Digital Leadership				
Digital Adoption Capability	0,609			
ICT Knowledge	0,570	0,674		
Patient-Centric Orientation	0,485	0,643	0,640	

Sumber: Data RSUD diolah oleh peneliti, 2026

Tabel 4 menunjukkan bahwa seluruh nilai HTMT berada pada rentang 0,485–0,674, di bawah batas 0,90. Dengan demikian, tidak terdapat masalah validitas diskriminan dan setiap konstruk dapat dibedakan secara empiris dari konstruk lainnya. Reliabilitas dan validitas konvergen disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Reliabilitas dan Validitas Konvergen Konstruk

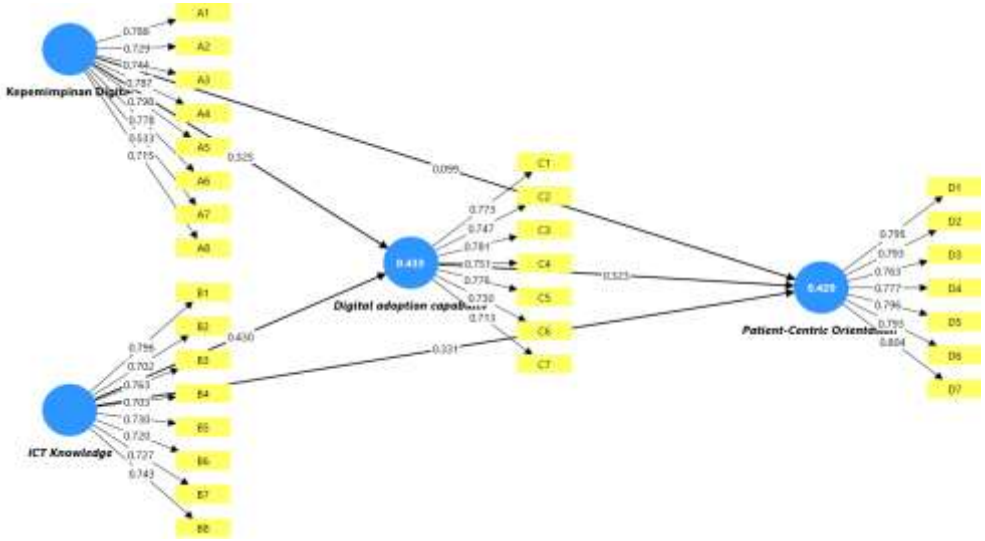
Konstruk	*Cronbach's Alpha*	*Composite Reliability*	AVE
Digital Leadership	0,880	0,905	0,545
ICT Knowledge	0,879	0,904	0,542
Digital Adoption Capability	0,873	0,902	0,567
Patient-Centric Orientation	0,899	0,920	0,622

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Berdasarkan Tabel 5, seluruh konstruk memiliki *Cronbach's Alpha* dan *Composite Reliability* di atas 0,70, sehingga indikator pada masing-masing konstruk secara konsisten mengukur konsep yang sama. Seluruh nilai AVE juga berada di atas 0,50, sehingga setiap konstruk mampu menjelaskan lebih dari 50% varians indikatornya. Dengan demikian, model pengukuran memenuhi kriteria reliabilitas, validitas konvergen, dan validitas diskriminan sehingga layak dilanjutkan pada evaluasi model struktural.

Evaluasi Model Struktural (Inner Model)

Hasil estimasi model struktural PLS-SEM disajikan pada Gambar 1, sedangkan nilai R^2 disajikan pada Tabel 6.



Gambar 1. Hasil Estimasi Model Struktural PLS-SEM

Tabel 6. Nilai *R-square* Model Struktural

Variabel Endogen	R^2	Adjusted R^2	Interpretasi
Digital Adoption Capability	0,433	0,428	Moderat
Patient-Centric Orientation	0,420	0,413	Moderat

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Tabel 6 menunjukkan bahwa model mampu menjelaskan 43,3% variasi *Digital Adoption Capability* dan 42,0% variasi *Patient-Centric Orientation*, sedangkan sisanya belum dapat dijelaskan oleh variabel dalam model. Kedua nilai tersebut berada pada tingkat moderat, dan selisih kecil antara R^2 dan Adjusted R^2 menunjukkan kestabilan model yang cukup baik. Outer loading yang memadai tidak secara otomatis menunjukkan bahwa hubungan antarkonstruk juga harus tinggi, karena *outer loading* menjelaskan kualitas representasi indikator, sedangkan koefisien jalur menjelaskan hubungan antarkonstruk. Hubungan antara kemampuan individual dan orientasi pelayanan juga bergantung pada faktor organisasi, seperti kesesuaian alur kerja, koordinasi antarunit, dukungan pimpinan, ketersediaan waktu, dan konsistensi penggunaan sistem, yang merupakan penjelasan konseptual dan tidak seluruhnya diuji dalam model ini. Uji kolinearitas disajikan pada Tabel 7.

Tabel 7. Nilai VIF (*Variance Inflation Factor*)

Prediktor	*Digital Adoption Capability*	*Patient-Centric Orientation*
Digital Leadership	1,846	2,137
ICT Knowledge	1,846	2,284
Digital Adoption Capability	–	1,927

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Seluruh nilai VIF pada Tabel 7 berada di bawah 3,3 sehingga tidak terdapat masalah kolinearitas. Besaran pengaruh antarvariabel (*effect size*) disajikan pada Tabel 8.

Tabel 8. Nilai *Effect Size* (f^2)

Prediktor	*Digital Adoption Capability*	*Patient-Centric Orientation*
Digital Leadership	0,138	0,011
ICT Knowledge	0,240	0,112
Digital Adoption Capability	–	0,102

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Berdasarkan Tabel 8, *ICT Knowledge* merupakan prediktor paling kuat dalam membentuk *Digital Adoption Capability* ($f^2 = 0{,}240$), diikuti *Digital Leadership* ($f^2 = 0{,}138$). Terhadap *Patient-Centric Orientation*, *ICT Knowledge* dan *Digital Adoption Capability* masing-masing memiliki $f^2 = 0{,}112$ dan 0,102, sedangkan *Digital Leadership* hanya 0,011. Pola ini menunjukkan bahwa kompetensi TIK pegawai lebih substantif dalam pembentukan kapabilitas adopsi dibandingkan kepemimpinan digital. Relevansi prediktif model disajikan pada Tabel 9.

Tabel 9. Nilai *Q^2 Predict* Hasil Pengujian *PLSpredict*

Indikator DAC	*Q^2predict*	Indikator PCO	*Q^2predict*
C1	0,203	D1	0,187
C2	0,188	D2	0,253
C3	0,224	D3	0,234
C4	0,234	D4	0,211
C5	0,292	D5	0,182
C6	0,206	D6	0,224
C7	0,281	D7	0,197

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Tabel 9 menunjukkan bahwa seluruh indikator variabel endogen (C1–C7 dan D1–D7) memiliki nilai *Q^2predict* > 0 dengan rentang 0,182–0,292, sehingga model memiliki relevansi prediktif luar sampel (*out-of-sample predictive relevance*). Kesesuaian model disajikan pada Tabel 10.

Tabel 10. Nilai Kesesuaian Model (*Model Fit*)

Ukuran	Model Jenuh (*Saturated*)	Perkiraan Model
SRMR	0,057	0,057
d_ULS	1,512	1,512
d_G	0,461	0,461
Chi-square	658,851	658,851
NFI	0,839	0,839

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Nilai SRMR sebesar 0,057 berada di bawah ambang batas 0,080 sehingga perbedaan antara matriks korelasi observasi dan matriks korelasi yang diperkirakan model tergolong kecil (*good fit*). Nilai NFI sebesar 0,839 tergolong *acceptable fit* karena berada di atas batas 0,800

dan mendekati nilai ideal 0,900. Nilai *d_ULS* sebesar 1,512, *d_G* sebesar 0,461, dan *Chi-square* sebesar 658,851 mengonfirmasi bahwa model layak digunakan untuk pengujian hipotesis.

Pengujian Hipotesis

Tabel 11. Hasil Pengujian Pengaruh Langsung

Hipotesis	Hubungan	β	t	p	Keputusan
H1	*Digital Leadership* → DAC	0,325	5,857	<0,001	Diterima
H2	*ICT Knowledge* → DAC	0,430	7,663	<0,001	Diterima
H3	*Digital Leadership* → PCO	0,099	1,752	0,080	Tidak signifikan
H4	*ICT Knowledge* → PCO	0,331	5,263	<0,001	Diterima
H5	DAC → PCO	0,323	4,918	<0,001	Diterima

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Hasil *bootstrapping* pada tingkat signifikansi 5% (Tabel 11) menunjukkan bahwa *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Digital Adoption Capability*, serta *Digital Adoption Capability* berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Patient-Centric Orientation*. *Digital Leadership* tidak berpengaruh langsung secara signifikan terhadap *Patient-Centric Orientation*, sedangkan *ICT Knowledge* berpengaruh langsung positif dan signifikan. Hasil pengujian pengaruh tidak langsung disajikan pada Tabel 12.

Tabel 12. Hasil Pengujian Pengaruh Tidak Langsung

Hipotesis	Jalur Mediasi	*Indirect Effect*	t	p	Kesimpulan
H6	*Digital Leadership* → DAC → PCO	0,105	3,928	<0,001	Diterima; *indirect-only mediation*
H7	*ICT Knowledge* → DAC → PCO	0,139	3,935	<0,001	Diterima; *complementary mediation*

Sumber: Data diolah dengan SmartPLS, 2026

Karena pengaruh tidak langsung *Digital Leadership* signifikan sedangkan pengaruh langsungnya terhadap *Patient-Centric Orientation* tidak signifikan, pola hubungan tersebut dikategorikan sebagai *indirect-only mediation*. Sementara itu, pengaruh langsung dan tidak langsung *ICT Knowledge* terhadap *Patient-Centric Orientation* sama-sama signifikan dan searah, sehingga dikategorikan sebagai *complementary mediation*.

Pengaruh *Digital Leadership* terhadap *Digital Adoption Capability*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa transformasi digital di RSUD Taman Husada Bontang merupakan proses organisasi yang melampaui implementasi teknologi. *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* berperan sebagai sumber daya internal yang membentuk DAC, sedangkan DAC berfungsi sebagai kapabilitas penghubung dengan PCO, sejalan dengan *Dynamic Capability Theory* (Teece et al., 1997) yang menegaskan bahwa keberadaan sumber daya belum cukup tanpa kemampuan mengintegrasikan dan mengonfigurasi ulang sumber daya tersebut. Pengaruh positif *Digital Leadership* terhadap DAC ($\beta = 0,325$; $t = 5,857$; $p < 0,001$) menunjukkan bahwa semakin kuat kemampuan pimpinan mengarahkan transformasi

digital, semakin besar kemampuan organisasi menerima, menggunakan, dan mengintegrasikan IT'Simpler. Pemimpin berperan membentuk arah perubahan, memberikan legitimasi penggunaan sistem, mengalokasikan sumber daya, membangun kesiapan pegawai, serta mengurangi ketidakpastian akibat perubahan prosedur kerja, sehingga teknologi diterima sebagai bagian dari strategi organisasi, bukan tambahan pekerjaan administratif.

Temuan ini sejalan dengan Binsar, Mursitama, et al. (2025) serta Binsar et al. (2024b) yang menunjukkan bahwa *Digital Leadership* berhubungan positif dengan kinerja rumah sakit, baik langsung maupun melalui DAC. Penelitian ini memperluasnya dengan mengidentifikasi DAC sebagai kapabilitas yang terbentuk dari kepemimpinan dan selanjutnya berhubungan dengan PCO. Alanazi (2022) menekankan bahwa pemimpin kesehatan perlu proaktif, visioner, dinamis, dan menjadi teladan dalam penggunaan teknologi. Brunner et al. (2021) juga menunjukkan pentingnya kompetensi kepemimpinan digital dan kapabilitas TI dalam kemampuan organisasi mengadopsi teknologi baru. Dengan demikian, *Digital Leadership* dapat diposisikan sebagai penggerak awal (*strategic enabler*) bagi DAC melalui komunikasi yang konsisten, dukungan pembelajaran, penyelesaian hambatan teknis, ruang umpan balik pengguna, dan evaluasi berkala terhadap manfaat sistem.

Pengaruh *ICT Knowledge* terhadap *Digital Adoption Capability*

ICT Knowledge berpengaruh positif terhadap DAC dengan koefisien $\beta = 0{,}430$ ($t = 7{,}663$; $p < 0{,}001$) dan $f^2 = 0{,}240$, lebih besar dibandingkan *Digital Leadership*. Pengetahuan TIK pegawai merupakan fondasi utama kemampuan organisasi mengadopsi teknologi, karena pegawai tidak hanya berfungsi sebagai pengguna aplikasi, tetapi juga aktor yang menerjemahkan informasi digital menjadi tindakan pelayanan. Penggunaan IT'Simpler membutuhkan pemahaman mengenai fungsi sistem, alur data, ketepatan pengisian data, keamanan informasi, serta keterkaitan proses antarunit. Temuan ini konsisten dengan *scoping review* Brice dan Almond (2020) yang mengidentifikasi 59 kapabilitas digital tenaga kesehatan dalam empat tema besar, serta Binsar et al. (2024a) yang menunjukkan bahwa kapabilitas digital membutuhkan personel dengan kompetensi teknologi. Putri et al. (2025) menemukan bahwa keterbatasan infrastruktur, resistensi staf, dan kekurangan tenaga TI menghambat implementasi SIMRS di rumah sakit pemerintah Indonesia, sedangkan Anggraeni et al. (2025) menunjukkan bahwa kualitas informasi dan persepsi kemudahan penggunaan berhubungan dengan penerimaan SIMRS di RSUD Lombok Tengah. Namun, *ICT Knowledge* bukan satu-satunya penentu DAC; pengetahuan individual perlu dikonversi menjadi kemampuan kolektif melalui dukungan kepemimpinan, standardisasi proses, koordinasi antarunit, dukungan teknis, dan pembelajaran bersama, sesuai logika *Dynamic Capability Theory*.

Pengaruh *Digital Adoption Capability* terhadap *Patient-Centric Orientation*

DAC berpengaruh positif dan signifikan terhadap PCO ($\beta = 0{,}323$; $t = 4{,}918$; $p < 0{,}001$). Ketika sistem digunakan secara efektif, teknologi dapat mendukung integrasi informasi, mempercepat pertukaran data, mengurangi pengulangan pekerjaan, dan memperbaiki koordinasi antarunit sehingga lingkungan pelayanan menjadi lebih responsif. Hasil ini sejalan dengan Binsar, Abdurachman, et al. (2025) yang menemukan hubungan positif, meskipun relatif lemah, antara kapabilitas digital dan *patient-centered care* pada rumah sakit tingkat menengah ke bawah. Van de Wetering dan Versendaal (2021) juga menunjukkan bahwa *Digital Dynamic Capability* ($\beta = 0{,}36$) dan *Knowledge Processes* ($\beta = 0{,}33$) berpengaruh positif terhadap *Patient Agility*; meskipun konstruk tersebut tidak identik dengan PCO, keduanya

bertemu pada kemampuan organisasi merespons kebutuhan pasien. Namun, f^2 sebesar 0,102 menunjukkan kontribusi yang relatif kecil, sehingga orientasi pada pasien juga dibentuk oleh komunikasi, empati, keselamatan, kompetensi tenaga kesehatan, budaya organisasi, dan kualitas proses pelayanan (Brice & Almond, 2020). DAC karenanya merupakan *enabler* penting tetapi bukan determinan tunggal PCO.

Temuan operasional mengenai antrean memperkuat interpretasi tersebut. Antrean setelah implementasi IT'Simpler masih dipengaruhi oleh ketidaksesuaian kedatangan pasien dengan klaster waktu pelayanan, durasi pemeriksaan yang panjang, penanganan pasien emergensi, tindakan operasi, serta keterlambatan dokter memulai pelayanan, sehingga pelayanan klaster sebelumnya belum selesai ketika klaster berikutnya dimulai. IT'Simpler dapat menyediakan dukungan informasi, integrasi data, dan koordinasi antarunit, tetapi tidak dapat mengendalikan seluruh faktor operasional. Hal ini menunjukkan adanya *implementation gap* antara kemampuan menggunakan teknologi dan kemampuan organisasi mengubah teknologi menjadi perbaikan proses pelayanan. Evaluasi IT'Simpler karena itu perlu didasarkan pada kontribusinya terhadap perbaikan proses, misalnya melalui pemantauan waktu tunggu, identifikasi titik penumpukan pasien, kesesuaian jadwal pelayanan, dan efektivitas koordinasi antarunit.

Pengaruh *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* terhadap *Patient-Centric Orientation*

Digital Leadership tidak berpengaruh langsung secara signifikan terhadap PCO (β = 0,099; t = 1,752; p = 0,080). Temuan ini tidak berarti kepemimpinan digital tidak bermakna bagi pelayanan pasien, melainkan menunjukkan bahwa pengaruhnya bekerja melalui mekanisme organisasi. Pimpinan tidak berinteraksi dengan pasien pada setiap tahapan pelayanan; pengaruhnya terlebih dahulu diterjemahkan melalui kebijakan, proses kerja, kompetensi pegawai, penggunaan sistem, koordinasi, dan budaya organisasi. Binsar, Abdurachman, et al. (2025) menunjukkan bahwa dukungan kepemimpinan terhadap adopsi digital penting bagi *patient-centered care*, tetapi hubungan tersebut tidak selalu kuat. Kebijakan pimpinan juga tidak secara otomatis dapat menghilangkan hambatan operasional seperti ketidaksesuaian kedatangan pasien dengan klaster, kasus emergensi, tindakan operasi, maupun keterlambatan dimulainya pelayanan.

Sebaliknya, *ICT Knowledge* berpengaruh positif dan signifikan terhadap PCO (β = 0,331; t = 5,263; p < 0,001). Pegawai merupakan pengguna sistem sekaligus pelaksana pelayanan, sehingga kemampuan menggunakan teknologi memengaruhi kecepatan memperoleh informasi, ketepatan pencatatan, koordinasi antarunit, dan kemampuan memberikan informasi kepada pasien. Temuan ini didukung oleh Brice dan Almond (2020) serta van de Wetering dan Versendaal (2021) yang menunjukkan bahwa proses pengetahuan berhubungan positif dengan *Patient Agility*. Meskipun demikian, *ICT Knowledge* tidak dapat disamakan dengan PCO, karena pegawai dengan kemampuan teknologi tinggi belum tentu memiliki empati dan kemampuan komunikasi yang memadai. Oleh karena itu, program pengembangan kompetensi digital sebaiknya menghubungkan penggunaan IT'Simpler dengan kasus pelayanan nyata, koordinasi antarunit, kualitas informasi, keamanan data, dan pengalaman pasien.

Peran Mediasi *Digital Adoption Capability*

DAC memediasi pengaruh *Digital Leadership* terhadap PCO dengan *indirect effect* sebesar 0,105 (t = 3,928; p < 0,001) dalam pola *indirect-only mediation*. Secara konseptual,

pimpinan membentuk visi dan arah transformasi digital, arah tersebut menghasilkan dukungan organisasi terhadap penggunaan teknologi, dukungan tersebut memperkuat kemampuan organisasi mengintegrasikan IT'Simpler, dan kapabilitas tersebut memungkinkan pelayanan berjalan lebih terintegrasi dan responsif. Temuan ini sejalan dengan Binsar et al. (2024a, 2024b) dan memperluasnya dengan menunjukkan bahwa mekanisme yang sama relevan ketika *outcome* yang digunakan adalah orientasi terhadap pasien. Temuan ini juga mendukung Alanazi (2022), namun menunjukkan bahwa kualitas kepemimpinan belum cukup apabila tidak dikonversi menjadi kapabilitas organisasi. Dalam perspektif *Dynamic Capability Theory*, *Digital Leadership* menyediakan arah dan legitimasi, sedangkan DAC menjadi kemampuan untuk mengubah keputusan tersebut menjadi tindakan, termasuk memanfaatkan informasi IT'Simpler untuk memantau kepadatan klaster, mengidentifikasi keterlambatan pelayanan, dan memperkuat koordinasi ketika terjadi perubahan jadwal akibat pelayanan emergensi atau operasi.

DAC juga memediasi pengaruh *ICT Knowledge* terhadap PCO dengan *indirect effect* sebesar 0,139 ($t = 3{,}935$; $p < 0{,}001$), sementara pengaruh langsungnya juga signifikan ($\beta = 0{,}331$), sehingga terjadi *complementary mediation*. Terdapat dua jalur yang berjalan bersamaan, yaitu *individual pathway*, ketika pengetahuan TIK membantu pegawai menggunakan sistem secara efektif dalam pekerjaan, dan *organizational pathway*, ketika pengetahuan individual dibagikan, distandardisasi, dan diintegrasikan ke dalam proses organisasi sehingga berkembang menjadi DAC. Temuan ini memperkuat van de Wetering dan Versendaal (2021) mengenai pentingnya *Knowledge Processes* serta Brice dan Almond (2020) yang menempatkan *data, information and knowledge* sebagai tema utama kapabilitas digital. Nilai tersebut dibaca sebagai informasi mengenai jalur hubungan dalam model, bukan bukti bahwa peningkatan skor *ICT Knowledge* secara otomatis menghasilkan peningkatan tertentu pada PCO.

Konteks Indikator Pelayanan dan Waktu Tunggu Farmasi

Rata-rata sederhana capaian Poliklinik Rawat Jalan, Laboratorium, dan Radiologi meningkat dari 87,33% pada 2023 menjadi 89,47% pada 2024, kemudian menjadi 88,27% pada 2025. Penurunan 1,20 poin persentase pada 2025 tidak dapat langsung disimpulkan sebagai kemunduran transformasi digital karena indikator pelayanan dipengaruhi banyak faktor, dan setiap unit memiliki karakteristik pekerjaan, volume pasien, serta kompleksitas proses yang berbeda (Binsar et al., 2024a; Binsar, Mursitama, et al., 2025). Pada Farmasi, waktu tunggu obat jadi tahun 2023 (22,37 menit) dan 2025 (23,29 menit) berada dalam standar ≤30 menit, sedangkan tahun 2024 (30,79 menit) sedikit melampaui standar. Waktu tunggu obat racikan meningkat dari 27,48 menit pada 2023 menjadi 45,93 menit pada 2024, kemudian turun 18,03 menit menjadi 27,90 menit pada 2025. Laeliyah dan Subekti menunjukkan bahwa waktu tunggu merupakan komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan pasien, dengan rata-rata waktu tunggu rawat jalan 70,18 menit dan hubungan signifikan dengan kepuasan pasien ($p = 0{,}042$), sehingga waktu tunggu dapat diposisikan sebagai indikator pendukung PCO. Namun, Klecun et al. menemukan bahwa implementasi ICT dapat memberikan manfaat, tetapi pada kondisi tertentu juga dapat memperpanjang proses atau menambah pekerjaan administratif. Oleh karena itu, perbaikan waktu tunggu pada 2025 konsisten dengan arah perbaikan pelayanan, tetapi tidak diperlakukan sebagai bukti tunggal efektivitas IT'Simpler.

Sintesis Temuan dan Implikasi Manajerial

Secara keseluruhan, transformasi digital di RSUD Taman Husada Bontang merupakan proses konversi sumber daya menjadi kapabilitas dan kemudian menjadi nilai pelayanan. Koefisien jalur yang relatif moderat merupakan koefisien terstandarisasi yang tidak dapat diartikan sebagai persentase kontribusi, dan menunjukkan bahwa *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* bukan satu-satunya faktor pembentuk DAC dan PCO. *Digital Leadership* terutama berhubungan dengan PCO melalui DAC, sedangkan *ICT Knowledge* memiliki jalur langsung pada tingkat pegawai dan tidak langsung pada tingkat organisasi. Transformasi digital yang berkelanjutan membutuhkan keseimbangan antara *technology, people, leadership, organizational capability,* dan *patient value*: investasi teknologi tanpa kompetensi manusia berisiko menghasilkan sistem yang tidak optimal, kompetensi tanpa kepemimpinan berisiko berjalan parsial, dan kepemimpinan tanpa kapabilitas adopsi berisiko berhenti pada kebijakan.

Secara manajerial, pertama, arahan pimpinan perlu diterjemahkan menjadi mekanisme implementasi berupa komunikasi yang konsisten, dukungan pengguna, evaluasi pemanfaatan sistem, serta pemantauan ketepatan waktu dimulainya pelayanan. Kedua, pengembangan kompetensi digital tidak cukup hanya mengajarkan cara menggunakan IT'Simpler, tetapi perlu menghubungkannya dengan pemanfaatan informasi, koordinasi antarunit, dan kebutuhan pasien. Ketiga, manajemen perlu memastikan IT'Simpler terintegrasi dalam proses kerja melalui pelatihan, pendampingan, dukungan teknis, dan pemanfaatan data. Keempat, penguatan PCO perlu diimbangi pendekatan *human-touch* melalui komunikasi interpersonal, empati, serta *coaching* dan *mentoring* untuk mengurangi resistensi terhadap perubahan. Penelitian ini memiliki keterbatasan karena dilakukan pada satu rumah sakit, menggunakan desain *cross-sectional*, mengukur seluruh konstruk melalui *employee self-report* sehingga potensi *common method variance* perlu diperhatikan, serta mengukur PCO sebagai persepsi pegawai, bukan *patient-reported experience*. Penelitian ini juga belum menguji perbedaan berdasarkan level dan peran pengguna IT'Simpler.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa *Digital Leadership* dan *ICT Knowledge* berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Digital Adoption Capability*, dan *Digital Adoption Capability* berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Patient-Centric Orientation* berdasarkan persepsi pegawai dalam implementasi IT'Simpler di RSUD Taman Husada Bontang. *ICT Knowledge* berpengaruh langsung terhadap *Patient-Centric Orientation*, sedangkan *Digital Leadership* tidak berpengaruh langsung. *Digital Adoption Capability* memediasi pengaruh *Digital Leadership* (*indirect-only mediation*) dan *ICT Knowledge* (*complementary mediation*) terhadap *Patient-Centric Orientation*. Temuan ini menegaskan bahwa esensi transformasi digital terletak pada kapabilitas organisasi, bukan semata-mata pada keberadaan teknologi; IT'Simpler merupakan *enabler*, sedangkan kemampuan organisasi untuk mengadopsi, mengintegrasikan, dan memanfaatkan sistem menentukan sejauh mana teknologi diterjemahkan menjadi praktik pelayanan. Secara teoretis, temuan ini mendukung *Dynamic Capabilities Theory* dengan menempatkan *Digital Adoption Capability* sebagai mekanisme konversi antara sumber daya organisasi dan orientasi pelayanan kepada pasien. Manajemen rumah sakit disarankan memperkuat *Digital Leadership*, *ICT Knowledge*, dan *Digital Adoption Capability* secara terintegrasi melalui pelatihan yang terhubung dengan

proses pelayanan, pendampingan pengguna, dukungan teknis, koordinasi antarunit, pengelolaan jadwal pelayanan, serta pemanfaatan informasi IT'Simpler sebagai dasar pengambilan keputusan operasional, dengan tetap menjaga pendekatan pelayanan yang empatik. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain *multi-source* dan *longitudinal*, yaitu data *Digital Leadership*, *ICT Knowledge*, dan *Digital Adoption Capability* dari pegawai dan manajemen, *patient experience* dari pasien, serta data operasional seperti *waiting time, schedule adherence*, dan *service-cycle time*, sekaligus melakukan analisis *multigroup* berdasarkan profesi dan level penggunaan sistem.

PENDANAAN

Penelitian ini dilakukan secara mandiri dan tidak menerima dukungan finansial dari lembaga atau pihak mana pun.

KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan, baik hubungan komersial maupun finansial yang berpotensi menimbulkan konflik terkait penelitian ini.

KONTRIBUSI PENULIS

Seluruh penulis (Meutia Hanum, Fahrul Riza, dan Lexi Pranata Budidharmanto) berkontribusi secara setara dalam penelitian ini, mulai dari perumusan gagasan, pengumpulan dan analisis data, hingga penyusunan dan penelaahan naskah. Seluruh penulis telah membaca dan menyetujui versi akhir naskah.

PERNYATAAN PENGGUNAAN KECERDASAN ARTIFISIAL GENERATIF

Para penulis menggunakan alat berbantuan kecerdasan buatan (AI) hanya untuk perbaikan tata bahasa dan pengecekan bahasa. AI tidak digunakan untuk menghasilkan gagasan, menganalisis data, atau menarik kesimpulan. Seluruh isi artikel menjadi tanggung jawab penuh para penulis.

REFERENSI

Alabdaly, A., Debono, D., & Hinchcliff, R. (2021). Relationship between patient safety culture and patient experience in hospital settings: A scoping review protocol. *BMJ Open*. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049873

Alanazi, A. T. (2022). Digital leadership: Attributes of modern healthcare leaders. *Cureus, 14*(2), Article e21969. https://doi.org/10.7759/cureus.21969

Anggraeni, R., Bagye, W., & Akbar, J. (2025). Analysis of hospital information system (SIMRS) acceptance using the technology acceptance model (TAM) at RSUD Lombok Tengah. *Jambura Journal of Electrical and Electronics Engineering, 7*(2), 149–156. https://doi.org/10.37905/jjeee.v7i2.31439

Binsar, F., Abdurachman, E., Sutoto, & Abdurohman, M. (2025). Perceptions of digital transformation in lower-mid-level hospitals: Analyzing leadership perspectives on digital adoption and patient-centered care. *Leadership in Health Services, 38*(3), 382–401. https://doi.org/10.1108/LHS-09-2024-0113

Binsar, F., Hamsal, M., Ichsan, M., Abdinagoro, S. B., & Dwidienawati, D. (2026). Environmental dynamics and digital transformation in lower-middle-class hospitals: Evidence from Indonesia. *Healthcare, 14*(2), Article 182. https://doi.org/10.3390/healthcare14020182

Binsar, F., Mursitama, T. N., Hamsal, M., & Rahim, R. K. (2024a). Determinants of digital adoption capability for service performance in Indonesian hospitals: A conceptual model. *Journal of System and Management Sciences, 14*(2), 188–213. https://doi.org/10.33168/JSMS.2024.0212

Binsar, F., Mursitama, T. N., Hamsal, M., & Rahim, R. K. (2024b). Does digital leadership impact the performance of lower-middle-class hospitals? *International Journal of Innovation and Technology Management, 21*(6). https://doi.org/10.1142/S0219877024500445

Binsar, F., Mursitama, T. N., Hamsal, M., & Rahim, R. K. (2025). The role of digital adoption capability on hospital performance in Indonesia moderated by environmental dynamism. *Journal of Health Organization and Management, 39*(1), 1–21. https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2024-0130

Brice, S., & Almond, H. (2020). Health professional digital capabilities frameworks: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13*, 1375–1390. https://doi.org/10.2147/JMDH.S269412

Brunner, M., Gonzalez-Castañé, G., & Ravesteijn, P. (2021). How digital leadership competences and IT capabilities affect an organization's ability to digitally transform and adopt new technologies. *Journal of International Technology and Information Management, 30*(4), 139–156. https://doi.org/10.58729/1941-6679.1526

Chendra, R., Sriati, S., & Putra, R. (2025). Transformasi Digital Pelayanan Kesehatan di RSUD Siti Fatimah Sumatera Selatan untuk Peningkatan Pelayanan Prima. *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik Dan Pemerintahan (JIAPP)*, *4*(2), 77–85.

Ciasullo, M. V., Cosimato, S., & Ferrara, M. (2026). Exploring the microfoundations of digital transformation maturity: A focus on Italian healthcare organizations. *European Journal of Innovation Management, 29*(11), 1–26. https://doi.org/10.1108/EJIM-10-2024-1185

Dodson, P., Haase, A. M., Jeffreys, M., & Hales, C. (2024). Capturing patient experiences of care with digital technology to improve service delivery and quality of care: A scoping review. *Digital Health, 10*. https://doi.org/10.1177/20552076241282900

Firdaus, R., Syeira, K., & Wijaya, N. (2025). Transformasi Digital Sistem Informasi Kesehatan Menuju Layanan Kesehatan Yang Terkoneksi Dan Berpusat Pada Pasien. *Economics and Digital Business Review*, *6*(2), 1045–1055.

Hamsal, M., Ichsan, M., & Binsar, F. (2026). The impact analysis of digital transformation on upper-middle-class hospital performance through business model innovation. *Informatics and Health, 3*(1), 123–132. https://doi.org/10.1016/j.infoh.2025.10.001

Ismail, H. A., Kotp, M. H., Basyouny, H. A. A., Abd Elmoaty, A. E. E., Sayed, S., Abdelaliem, S. M. F., Ahmeda, A., Hendy, A., & Aly, M. A. (2025). Sustainable healthcare futures: How digital leadership stimulates nurses' green creativity: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 24*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-025-02906-3

Manurung, J. R., Wardani, Y. K., Oktaviana, S., Rusmawati, D. E., & Nurhasanah, S. (2026). Perlindungan Hukum Terhadap Data Pasien Dalam Transformasi Layanan Kesehatan Digital. *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum*, *4*(1), 7489–7497.

Putri, D. N., Purba, S. H., Layana, K., & Lubis, K. (2025). Tantangan dan solusi dalam implementasi SIMRS di rumah sakit pemerintah di Indonesia. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum dan Farmasi (JRIKUF), 3*(1), 13–22. https://doi.org/10.57213/jrikuf.v3i1.480

Safitri, E. M., Ramdhani, M. A. E., Robawa, R. S. P., & Putra, R. M. M. P. K. (2025). Perencanaan Strategis Sistem Informasi Menggunakan Metode Ward and Peppard pada RSUD Husada Prima. *Jurnal Informatika Dan Teknik Elektro Terapan*, *13*(1).

Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital transformation in healthcare: Technology acceptance and its applications. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 20(4), Article 3407. https://doi.org/10.3390/ijerph20043407

Teece, D. J. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal, 28*(13), 1319–1350. https://doi.org/10.1002/smj.640

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal, 18*(7), 509–533. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199708)18:7<509::AID-SMJ882>3.0.CO;2-Z

Teig, I. L., Gjerstad-Sørensen, R., & Gjerstad, B. (2026). Co-creation in primary healthcare: The role of welfare technology. *Journal of Health Organization and Management, 40*(1), 67–82.

Trivedi, D., Chew, B. H., Yew, S. Q., & Adanan, N. I. H. (2024). Facilitators and barriers of digital health technologies implementation in hospital settings in lower-income and middle-income countries since the COVID-19 pandemic: A scoping review protocol. *BMJ Open, 14*(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078508

van de Wetering, R., & Versendaal, J. (2021). Information technology ambidexterity, digital dynamic capability, and knowledge processes as enablers of patient agility: Empirical study. *JMIRx Med, 2*(4), Article e32336. https://doi.org/10.2196/32336

Wulandari, M., Novriyanti, T., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. R. (2025). Implementasi strategi transformasi digital dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit: Studi kualitatif. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, *5*(1), 1415–1427.