

Pengaruh *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi rekam medis elektronik dan dampaknya terhadap efektivitas pelayanan pada rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat

Kosasih, Farida Yulianty, Vip Paramarta, Jun Jun Wahyudi*, Yuliana Maria Nuet Kancung, I Gusti Agung Jaundivaningrat, Peter Fernando

Universitas Sangga Buana YPKP

*Email korespondensi: jnwhydi10@gmail.com

Abstract

Digital transformation in healthcare has encouraged hospitals to adopt information technology to improve service effectiveness. One key initiative is the implementation of Electronic Medical Records (EMR), whose success is associated with leadership capabilities in managing digital transformation and organizational change. This study aims to analyze the relationship between digital leadership, EMR implementation success, and perceived hospital service effectiveness in private hospitals in West Java Province. This study employed a quantitative explanatory approach. Data were collected through questionnaires from 150 EMR users and analyzed using Structural Equation Modeling–Partial Least Squares (SEM-PLS) with SmartPLS. The results show that digital leadership has a positive and significant association with EMR implementation success ($\beta = 0.780$, $p < 0.001$). EMR implementation success is also positively and significantly associated with perceived hospital service effectiveness ($\beta = 0.393$, $p < 0.001$), while digital leadership has a positive and significant direct association with perceived service effectiveness ($\beta = 0.489$, $p < 0.001$). Furthermore, the indirect effect of digital leadership on perceived service effectiveness through EMR implementation success is positive and significant ($\beta = 0.306$, $p < 0.001$), indicating complementary partial mediation. These findings suggest that effective digital leadership contributes to successful EMR implementation and improved perceived hospital service effectiveness. The study is limited by its cross-sectional design, single-source perception-based data, and focus on private hospitals in West Java Province. Future research should consider longitudinal designs, multiple data sources, objective service indicators, organizational readiness, digital culture, and system quality.

Keywords: digital leadership; electronic medical records; service effectiveness; digital transformation; hospitals.

<https://doi.org/10.26740/jim.v14n3.p760-781>

Received: July 22, 2026; Revised: September 8, 2026; Accepted: September 23, 2026; Available online: September 26, 2026

Copyright © 2026, The Authors. Published by Universitas Negeri Surabaya. This is an open access article under the CC-BY International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Pendahuluan

Transformasi digital telah menjadi bagian penting dalam perkembangan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan teknologi informasi tidak hanya mengubah proses administrasi, tetapi juga mendukung pengelolaan informasi pasien, koordinasi pelayanan, pengambilan keputusan, serta efektivitas kerja tenaga kesehatan. Salah satu bentuk transformasi tersebut adalah penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) atau *Electronic Medical Record* (EMR), yang memungkinkan informasi kesehatan pasien dikelola secara digital untuk mendukung proses pelayanan yang lebih terintegrasi. Ariani (2023) menjelaskan bahwa penerapan RME berpotensi meningkatkan efisiensi dokumentasi, mempercepat akses informasi, mengurangi waktu pelayanan, serta mendukung koordinasi antartenant kesehatan.

Di Indonesia, penerapan RME telah menjadi bagian dari transformasi digital kesehatan dan diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Regulasi tersebut mengatur penyelenggaraan rekam medis secara elektronik sebagai bagian dari

perkembangan digitalisasi dalam pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Perkembangan tersebut kemudian diperkuat melalui SATUSEHAT sebagai ekosistem pertukaran data kesehatan yang menghubungkan berbagai sistem informasi kesehatan. SATUSEHAT menggunakan standardisasi dan interoperabilitas untuk mendukung integrasi RME serta pertukaran data kesehatan antarsistem.

Penguatan integrasi tersebut semakin terlihat dengan diluncurkannya SATUSEHAT Rekam Medis Elektronik (SATUSEHAT RME) oleh Kementerian Kesehatan pada 1 September 2026. SATUSEHAT RME diarahkan untuk mengintegrasikan data rekam medis pasien dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan secara nasional sehingga informasi kesehatan dapat terhubung secara berkesinambungan. Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa melalui SATUSEHAT RME, data rekam medis tidak lagi hanya tersimpan secara terpisah berdasarkan fasilitas kesehatan, tetapi terhubung dalam ekosistem SATUSEHAT dan berbasis pada individu, dengan akses oleh tenaga medis sesuai kewenangan dan persetujuan pasien. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa perkembangan RME di Indonesia tidak lagi hanya berkaitan dengan digitalisasi pencatatan pada masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga semakin diarahkan pada kemampuan sistem untuk berinteroperabilitas dan mendukung kesinambungan informasi kesehatan.

Namun, keberadaan atau penggunaan RME belum dapat secara langsung disamakan dengan keberhasilan implementasinya. Adopsi RME merujuk pada keputusan dan kondisi ketika organisasi atau pengguna menerima serta menggunakan sistem RME dalam proses kerja. Sementara itu, keberhasilan implementasi RME memiliki cakupan yang lebih luas, yaitu sejauh mana sistem dapat diterapkan, digunakan, didukung, dan memberikan manfaat dalam lingkungan organisasi setelah diadopsi. Dengan demikian, rumah sakit dapat saja telah mengadopsi atau menggunakan RME, tetapi keberhasilan implementasinya tetap dipengaruhi oleh kesiapan sumber daya manusia, infrastruktur, pelatihan, dukungan organisasi, serta kemampuan sistem untuk berfungsi dan berintegrasi dengan kebutuhan pelayanan. Afki *et al.* (2026) menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi RME dipengaruhi oleh dukungan organisasi, dukungan sosial, persepsi kemudahan penggunaan, motivasi, anggaran, dan kebiasaan kerja. Temuan tersebut menunjukkan bahwa implementasi RME merupakan proses organisasional yang melibatkan aspek teknologi, manusia, dan organisasi.

Pembedaan tersebut juga penting untuk membedakan keberhasilan implementasi RME dengan efektivitas pelayanan. Keberhasilan implementasi RME berfokus pada sejauh mana sistem dapat diterapkan dan memberikan manfaat dalam proses organisasi, sedangkan efektivitas pelayanan merupakan outcome pada tingkat proses pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, penggunaan RME tidak secara otomatis dapat diperlakukan sebagai ukuran efektivitas pelayanan. RME menjadi relevan terhadap efektivitas pelayanan ketika sistem tersebut dapat mendukung pencatatan, pencarian informasi, koordinasi, serta pelaksanaan proses pelayanan secara efektif. Ariani (2023) menunjukkan bahwa implementasi RME berkaitan dengan efisiensi dokumentasi, pengurangan waktu tunggu, kontinuitas pelayanan, serta koordinasi antart tenaga kesehatan.

Pembedaan antara keberadaan sistem, keberhasilan implementasi, dan outcome pelayanan semakin relevan dalam konteks pengembangan SATUSEHAT. Integrasi dengan SATUSEHAT memerlukan proses registrasi fasilitas pelayanan kesehatan dan sistem RME serta pemenuhan persyaratan interoperabilitas. Dokumentasi resmi SATUSEHAT menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dan sistem RME perlu terdaftar untuk dapat terintegrasi dengan SATUSEHAT Platform. Selain itu, interoperabilitas SATUSEHAT mencakup proses bisnis, standardisasi, dan pertukaran data untuk berbagai modul pelayanan, termasuk rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Dengan demikian, keberadaan RME pada fasilitas pelayanan kesehatan belum dengan sendirinya menunjukkan bahwa sistem telah berhasil diimplementasikan secara optimal dalam lingkungan organisasi maupun dalam ekosistem pertukaran data kesehatan.

Penelitian terdahulu juga menunjukkan bahwa implementasi RME masih menghadapi berbagai persoalan meskipun sistem telah tersedia dan digunakan. Gea *et al.* (2025) menemukan bahwa

implementasi RME pada rumah sakit telah mendukung proses pelayanan, tetapi masih menghadapi kendala berupa keterbatasan perangkat, kepatuhan pengisian data, pelatihan, integrasi sistem, serta pengawasan terhadap kualitas implementasi. Hensmit *et al.* (2025) menunjukkan bahwa keterbatasan pelatihan dan evaluasi rutin dapat menghambat optimalisasi pemanfaatan RME. Rizky *et al.* (2025) juga menunjukkan bahwa penggunaan RME dapat mempercepat proses pencatatan dan pencarian data medis, tetapi pemanfaatannya tetap berkaitan dengan dukungan pelatihan, fasilitas, dan dukungan organisasi. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa implementasi RME tidak berhenti pada tahap adopsi, tetapi membutuhkan pengelolaan dan dukungan organisasi secara berkelanjutan.

Dalam konteks tersebut, kepemimpinan menjadi salah satu faktor organisasi yang relevan dalam keberhasilan implementasi teknologi. Implementasi RME membawa perubahan terhadap alur kerja, pola komunikasi, kompetensi pengguna, serta cara organisasi mengelola informasi. Oleh karena itu, pemimpin tidak hanya berperan dalam menyediakan dukungan terhadap teknologi, tetapi juga dalam mengarahkan perubahan, membangun penerimaan pengguna, mendorong pembelajaran, dan memastikan teknologi terintegrasi ke dalam proses kerja. Melliasari *et al.* (2024) menjelaskan bahwa *digital leadership* merupakan kepemimpinan yang mengintegrasikan pemahaman dan pemanfaatan teknologi digital dalam pengelolaan organisasi. Dalam organisasi pelayanan kesehatan, kepemimpinan digital menjadi relevan karena transformasi teknologi membutuhkan kemampuan organisasi untuk menyesuaikan proses kerja dengan perkembangan digital.

Hubungan kepemimpinan dengan implementasi teknologi juga telah ditunjukkan oleh beberapa penelitian. Putra (2023) menemukan bahwa peran kepemimpinan berhubungan signifikan dengan implementasi teknologi berbasis aplikasi pada Puskesmas Meninting, dengan kontribusi kepemimpinan sebesar 49,6% terhadap variasi implementasi teknologi. Khaeri *et al.* (2024) mengkaji kepemimpinan berbasis teknologi dalam kaitannya dengan kinerja pegawai pada fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, Fitriani & CW (2024) menemukan hubungan positif dan signifikan antara *digital leadership* dengan efektivitas kerja tim. Temuan tersebut memberikan dasar empiris bahwa kepemimpinan yang berorientasi pada teknologi berkaitan dengan proses transformasi dan efektivitas kerja organisasi.

Meskipun demikian, hubungan antara *digital leadership* dan keberhasilan implementasi RME belum menunjukkan hasil yang konsisten. Dewahyuni (2025), melalui penelitian di RS Jantung Jakarta, menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kepemimpinan digital dan tingkat keberhasilan penerapan RME ($p = 0,788$). Sebaliknya, kemampuan inovasi organisasi menunjukkan hubungan positif dan signifikan dengan keberhasilan penerapan RME. Temuan tersebut berbeda dengan penelitian Putra (2023) yang menunjukkan hubungan kepemimpinan dengan implementasi teknologi berbasis aplikasi serta Fitriani & CW (2024) yang menunjukkan hubungan *digital leadership* dengan efektivitas kerja tim. Perbedaan hasil tersebut menunjukkan bahwa keterkaitan kepemimpinan digital dengan hasil implementasi teknologi belum seragam dan perlu diuji lebih lanjut dalam konteks organisasi serta karakteristik sistem yang berbeda. Dengan demikian, terdapat celah empiris mengenai bagaimana *digital leadership* berkaitan secara khusus dengan keberhasilan implementasi RME.

Di sisi lain, sejumlah penelitian telah menunjukkan keterkaitan antara penggunaan atau keberhasilan implementasi RME dengan hasil pelayanan. Mandasari (2025) menemukan bahwa penggunaan RME berkaitan positif dengan efektivitas pelayanan rawat jalan, meskipun masih terdapat kendala terkait kelengkapan data dan jaringan. Situmorang *et al.* (2025) menemukan hubungan yang signifikan antara keberhasilan RME dan efektivitas pelayanan di rumah sakit. Mursalim *et al.* (2026) juga menunjukkan bahwa implementasi RME berkontribusi terhadap efektivitas pelayanan, terutama melalui manfaat yang dirasakan pengguna. Selain itu, Siagian *et al.* (2025) menemukan bahwa penyelenggaraan RME dan kualitas sumber daya manusia berhubungan signifikan dengan kinerja pelayanan kesehatan. Temuan-temuan tersebut memperlihatkan adanya keterkaitan antara implementasi RME dan outcome pelayanan, tetapi manfaat RME juga berkaitan dengan kondisi pengguna, sumber daya manusia, infrastruktur, dan dukungan organisasi.

Penelitian mengenai kepemimpinan juga memberikan dasar bahwa *digital leadership* dapat berkaitan dengan *outcome* organisasi. Putra (2023) menunjukkan keterkaitan antara kepemimpinan dengan, implementasi teknologi dan efektivitas kerja pegawai. Fitriani dan CW (2024) menemukan hubungan positif dan signifikan antara *digital leadership* dan efektivitas kerja tim, sedangkan Setiawan (2025) menemukan hubungan positif dan signifikan antara *digital leadership*, transformasi digital, dan kinerja sumber daya manusia. Namun, penelitian tersebut belum secara khusus menjelaskan apakah hubungan *digital leadership* dan efektivitas pelayanan rumah sakit dapat berlangsung melalui keberhasilan implementasi RME. Di sisi lain, penelitian mengenai RME lebih banyak menguji hubungan antara penggunaan atau implementasi RME dengan efektivitas, efisiensi, kualitas, atau kinerja pelayanan. Kedua kelompok penelitian tersebut masih cenderung dikaji secara terpisah.

Jika disintesis, penelitian terdahulu menunjukkan tiga pola utama. Pertama, penelitian mengenai RME telah banyak menunjukkan keterkaitannya dengan efisiensi dan pelayanan, tetapi penggunaan atau adopsi RME tidak dapat dipertukarkan dengan keberhasilan implementasi RME. Keberhasilan implementasi melibatkan kondisi teknologi sekaligus dukungan manusia dan organisasi (Afki *et al.*, 2026; Gea *et al.*, 2025; Hensmit *et al.*, 2025). Kedua, penelitian mengenai kepemimpinan menunjukkan adanya hubungan dengan implementasi teknologi dan efektivitas kerja, tetapi temuan mengenai hubungan *digital leadership* dengan keberhasilan implementasi RME masih belum konsisten. Putra (2023) dan Fitriani dan CW (2024) menunjukkan hubungan positif dalam konteks implementasi teknologi dan efektivitas kerja, sedangkan Dewahyuni (2025) tidak menemukan hubungan yang signifikan antara *digital leadership* dan keberhasilan penerapan RME. Ketiga, penelitian mengenai RME dan pelayanan umumnya menguji hubungan langsung antara penggunaan atau implementasi RME dengan efektivitas atau kinerja pelayanan (Mandasari, 2025; Mursalim *et al.*, 2026; Siagian *et al.*, 2025; Situmorang *et al.*, 2025), sedangkan posisi keberhasilan implementasi RME sebagai mekanisme yang menghubungkan faktor kepemimpinan dengan efektivitas pelayanan belum banyak dijelaskan.

Celah tersebut menjadi semakin relevan karena transformasi digital dalam pelayanan kesehatan tidak hanya membutuhkan teknologi, tetapi juga kemampuan organisasi dalam mengelola perubahan. Chendra *et al.* (2025) menekankan bahwa transformasi digital dalam pelayanan kesehatan membutuhkan kombinasi *digital leadership*, pelatihan berkelanjutan, budaya digital, sistem kolaboratif, dan orientasi pelayanan. Dengan demikian, *digital leadership* dapat diposisikan sebagai faktor organisasi yang berkaitan dengan proses implementasi, sedangkan keberhasilan implementasi RME dapat menjadi proses antara yang menghubungkan kepemimpinan dengan *outcome* pelayanan.

Berdasarkan celah tersebut, kontribusi penelitian ini bukan semata-mata menggabungkan tiga variabel yang secara intuitif saling berhubungan, melainkan menguji mekanisme hubungan yang lebih spesifik. Penelitian ini menempatkan *digital leadership* sebagai faktor organisasi, keberhasilan implementasi RME sebagai mekanisme implementasi sistem, dan efektivitas pelayanan sebagai *outcome* pelayanan. Dengan kerangka tersebut, penelitian ini menguji apakah keterkaitan *digital leadership* dengan efektivitas pelayanan berlangsung secara langsung maupun melalui keberhasilan implementasi RME. Posisi keberhasilan implementasi RME sebagai variabel mediasi membedakan penelitian ini dari studi yang hanya menguji hubungan kepemimpinan dengan efektivitas kerja atau hubungan penggunaan/implementasi RME dengan *outcome* pelayanan secara langsung.

Konteks rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat dipilih karena lingkungan tersebut relevan untuk menguji hubungan antara kepemimpinan, implementasi RME, dan efektivitas pelayanan dalam organisasi pelayanan kesehatan yang menjalankan transformasi digital. Konteks tersebut juga memberikan ruang untuk menguji lebih lanjut temuan Dewahyuni (2025) mengenai tidak signifikannya hubungan *digital leadership* dengan keberhasilan penerapan RME pada konteks rumah sakit yang berbeda. Selain itu, perkembangan interoperabilitas melalui SATUSEHAT memberikan konteks tambahan bahwa implementasi RME semakin tidak hanya berkaitan dengan penggunaan sistem secara internal, tetapi juga dengan kesiapan organisasi dalam menjalankan sistem yang dapat terintegrasi dalam ekosistem data kesehatan.

Secara konseptual, model penelitian ini menempatkan *digital leadership* sebagai variabel eksogen (X), keberhasilan implementasi RME sebagai variabel mediasi (Z), dan efektivitas pelayanan rumah sakit sebagai variabel endogen (Y). Model tersebut menguji tiga hubungan langsung, yaitu *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan, *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi RME, serta keberhasilan implementasi RME terhadap efektivitas pelayanan. Selain itu, penelitian ini menguji hubungan tidak langsung *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan melalui keberhasilan implementasi RME. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menguji apakah terdapat hubungan antarvariabel, tetapi juga menguji apakah keberhasilan implementasi RME berperan sebagai mekanisme dalam hubungan antara kepemimpinan digital dan efektivitas pelayanan.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: (1) menganalisis pengaruh *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi RME; (2) menganalisis pengaruh keberhasilan implementasi RME terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit; (3) menganalisis pengaruh *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit; dan (4) menguji peran keberhasilan implementasi RME dalam memediasi hubungan antara *digital leadership* dan efektivitas pelayanan pada rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat.

Kajian Pustaka dan Pengembangan Hipotesis

Technology-Organization-Environment (TOE) Framework

Penelitian ini menggunakan *Technology-Organization-Environment (TOE) Framework* yang dikembangkan oleh Tornatzky dan Fleischer (1990) sebagai perspektif pendukung untuk menjelaskan faktor organisasi yang memengaruhi keberhasilan penerapan teknologi dalam organisasi. *TOE Framework* menjelaskan bahwa adopsi dan implementasi teknologi dipengaruhi oleh tiga konteks utama, yaitu *technology context*, *organization context*, dan *environment context*. *Technology context* berkaitan dengan karakteristik dan kesiapan teknologi, *organization context* mencakup sumber daya, struktur, budaya, serta dukungan manajemen, sedangkan *environment context* berkaitan dengan regulasi, tekanan eksternal, dan kondisi lingkungan organisasi.

Dalam penelitian ini, TOE terutama digunakan untuk menjelaskan posisi *Digital Leadership* dalam *organization context*. Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) tidak hanya memerlukan ketersediaan infrastruktur dan sistem teknologi, tetapi juga membutuhkan dukungan organisasi dalam bentuk arahan strategis, penyediaan sumber daya, pengembangan kompetensi pengguna, komunikasi perubahan, serta pengawasan terhadap proses implementasi. Dengan demikian, *Digital Leadership* dipandang sebagai faktor organisasi yang dapat menciptakan kondisi yang mendukung keberhasilan implementasi RME. Lareshya *et al.* (2025) menunjukkan bahwa kesiapan implementasi RME berkaitan dengan sumber daya manusia, budaya kerja, kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi. Afki *et al.* (2026) juga menunjukkan bahwa dukungan organisasi, motivasi pengguna, persepsi kemudahan penggunaan, dan dukungan sosial berperan dalam keberhasilan implementasi RME. Temuan tersebut menunjukkan bahwa faktor organisasi memiliki peranan penting dalam menentukan apakah teknologi yang telah diadopsi dapat diimplementasikan dan dimanfaatkan secara efektif. Oleh karena itu, *TOE Framework* digunakan sebagai landasan pendukung untuk menjelaskan *Digital Leadership* sebagai faktor organisasi yang memengaruhi keberhasilan implementasi RME.

DeLone and McLean Information Systems Success Model

Landasan teori utama dalam penelitian ini adalah *DeLone and McLean Information Systems Success Model* yang dikembangkan oleh DeLone & McLean (2003). Model tersebut menjelaskan keberhasilan sistem informasi melalui kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, penggunaan, kepuasan pengguna, dan manfaat bersih (*net benefits*). Model ini menempatkan kualitas sistem informasi sebagai faktor yang memengaruhi penggunaan dan penerimaan sistem, yang pada akhirnya menghasilkan manfaat bagi organisasi dan pengguna. Dalam konteks RME, model DeLone dan McLean relevan karena keberhasilan implementasi tidak cukup dinilai hanya berdasarkan keberadaan atau keputusan untuk menggunakan sistem.

Sistem yang telah tersedia perlu memiliki kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan yang memadai serta dapat diterima dan digunakan oleh tenaga kesehatan dalam proses kerja. Oleh karena itu, penelitian ini membedakan secara konseptual antara adopsi RME dan keberhasilan implementasi RME. Adopsi mengacu pada keputusan atau status organisasi dalam menerapkan RME, sedangkan keberhasilan implementasi mengacu pada sejauh mana sistem yang telah diterapkan dapat berfungsi, diterima, dan digunakan untuk mendukung proses kerja organisasi.

Dalam penelitian ini, *Digital Leadership* ditempatkan sebagai faktor organisasi yang mendahului keberhasilan sistem, sedangkan keberhasilan implementasi RME ditempatkan sebagai variabel yang menjelaskan kualitas dan penerimaan sistem setelah teknologi diterapkan. Posisi tersebut memungkinkan penelitian mengintegrasikan perspektif TOE dengan model keberhasilan sistem informasi secara lebih konsisten: TOE menjelaskan mengapa faktor organisasi, khususnya kepemimpinan digital, dapat memengaruhi proses implementasi, sedangkan DeLone dan McLean menjelaskan bagaimana keberhasilan sistem RME dapat dinilai. Dimensi *net benefits* tidak digunakan sebagai bagian dari konstruk keberhasilan implementasi RME dalam penelitian ini karena manfaat yang dihasilkan dari penerapan RME berpotensi tumpang tindih dengan konstruk efektivitas pelayanan sebagai variabel *outcome*. Dengan demikian, keberhasilan implementasi RME difokuskan pada aspek kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, serta penerimaan dan penggunaan sistem. Pemisahan tersebut dimaksudkan untuk menjaga batas konseptual antara keberhasilan sistem informasi sebagai variabel mediasi dan efektivitas pelayanan sebagai hasil yang diharapkan dari pemanfaatan sistem.

Digital Leadership

Digital Leadership merupakan kemampuan pemimpin dalam mengarahkan organisasi menghadapi perubahan digital melalui visi strategis, pemanfaatan teknologi, inovasi, komunikasi, pemberdayaan sumber daya manusia, serta penggunaan data untuk pengambilan keputusan. Dalam organisasi kesehatan, *Digital Leadership* tidak hanya berkaitan dengan pemahaman pemimpin terhadap teknologi, tetapi juga dengan kemampuan mengarahkan sumber daya organisasi agar teknologi dapat digunakan secara konsisten untuk mendukung tujuan organisasi.

Konteks implementasi RME menunjukkan pentingnya peran kepemimpinan karena perubahan dari sistem manual atau sistem informasi yang terfragmentasi menuju RME dapat memengaruhi alur kerja, kebiasaan pengguna, koordinasi antarunit, serta kebutuhan kompetensi tenaga kesehatan. Pemimpin perlu menetapkan arah transformasi, memastikan ketersediaan sumber daya, mengomunikasikan perubahan, memberikan dukungan kepada pengguna, serta mendorong penggunaan data dan teknologi dalam proses pengambilan keputusan. Kane *et al.* (2019)) menjelaskan bahwa keberhasilan transformasi digital tidak hanya ditentukan oleh teknologi, tetapi juga oleh faktor manusia dan kepemimpinan. Melliasari *et al.* (2024) menunjukkan bahwa kepemimpinan digital berperan dalam mendorong transformasi digital pada institusi pelayanan kesehatan melalui inovasi, efisiensi, dan kolaborasi organisasi. Chendra *et al.* (2025) juga menunjukkan bahwa keberhasilan transformasi digital rumah sakit berkaitan dengan kepemimpinan digital, budaya organisasi, dan pengembangan kompetensi sumber daya manusia. Selain itu, Anggraini *et al.* (2025) menemukan bahwa dukungan kepemimpinan berhubungan dengan kepatuhan tenaga kesehatan dalam pengisian rekam medis elektronik.

Berdasarkan perspektif TOE, temuan tersebut memperlihatkan bahwa *Digital Leadership* merupakan bagian dari konteks organisasi yang dapat menciptakan kondisi yang mendukung implementasi teknologi. Sementara itu, berdasarkan model DeLone dan McLean, dukungan organisasi tersebut dapat berperan sebagai faktor yang membantu memastikan sistem yang telah diterapkan berkualitas, dapat diterima, serta digunakan oleh pengguna. Dengan demikian, *Digital Leadership* dalam penelitian ini diposisikan sebagai *antecedent* organisasional terhadap keberhasilan implementasi RME.

Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sistem informasi kesehatan yang digunakan untuk mencatat, menyimpan, mengelola, dan memanfaatkan informasi kesehatan pasien secara elektronik.

Implementasi RME merupakan bagian dari transformasi digital pelayanan kesehatan karena sistem tersebut dapat mendukung ketersediaan informasi pasien dalam proses pelayanan dan pengelolaan organisasi. Namun, keberadaan atau penerapan RME belum secara otomatis menunjukkan bahwa implementasinya telah berhasil. Penelitian ini membedakan antara adopsi RME dan keberhasilan implementasi RME. Adopsi merujuk pada keputusan dan status organisasi dalam menerapkan teknologi, sedangkan keberhasilan implementasi menunjukkan sejauh mana teknologi yang telah diterapkan dapat berfungsi dan dimanfaatkan oleh pengguna dalam proses kerja organisasi.

Berdasarkan *DeLone and McLean Information Systems Success Model*, keberhasilan sistem informasi dapat dievaluasi melalui kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, penggunaan atau penerimaan pengguna, serta manfaat yang dihasilkan. Dalam penelitian ini, aspek manfaat bersih tidak dimasukkan sebagai dimensi keberhasilan implementasi RME karena manfaat pelayanan merupakan bagian dari *outcome* yang dianalisis melalui efektivitas pelayanan. Pemisahan tersebut dilakukan untuk menghindari tumpang tindih konseptual antara variabel mediasi dan variabel dependen.

Dengan demikian, keberhasilan implementasi RME dalam penelitian ini lebih difokuskan pada kualitas sistem yang digunakan, kualitas informasi yang dihasilkan, kualitas layanan pendukung sistem, serta penerimaan dan penggunaan RME oleh pengguna. Sistem yang memiliki kualitas yang baik, menyediakan informasi yang akurat dan relevan, memperoleh dukungan layanan yang memadai, serta diterima dan digunakan oleh tenaga kesehatan menunjukkan kondisi implementasi yang lebih baik. Gea *et al.* (2025) menunjukkan bahwa implementasi RME dapat meningkatkan akurasi dokumentasi dan mempercepat akses terhadap informasi pasien, meskipun implementasinya masih menghadapi kendala infrastruktur, pelatihan, dan kepatuhan pengguna. Hossain *et al.* (2025) juga menunjukkan bahwa implementasi RME di rumah sakit di Indonesia masih berkaitan dengan tantangan infrastruktur, keterampilan digital, budaya pencatatan, serta perubahan dari penggunaan dokumen berbasis kertas. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa keberhasilan implementasi RME merupakan proses yang melibatkan kualitas teknologi, serta penerimaan dan penggunaan oleh pengguna dalam lingkungan organisasi.

Efektivitas Pelayanan Kesehatan

Efektivitas pelayanan kesehatan menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam mencapai tujuan pelayanan melalui proses yang tepat, cepat, akurat, responsif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dalam penelitian ini, efektivitas pelayanan ditempatkan sebagai *organizational outcome* yang menunjukkan konsekuensi atau hasil dari pemanfaatan sistem informasi dalam proses pelayanan, bukan sebagai bagian dari keberhasilan implementasi sistem RME. Pemanfaatan RME dapat mendukung efektivitas pelayanan melalui ketersediaan informasi pasien yang lebih mudah diakses, pengurangan proses pencatatan manual, peningkatan koordinasi antarunit, serta dukungan terhadap pengambilan keputusan. Namun, manfaat tersebut baru dapat muncul ketika sistem telah diterapkan dan digunakan secara efektif dalam proses kerja. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi RME secara konseptual ditempatkan sebagai mekanisme yang menghubungkan faktor organisasi dengan efektivitas pelayanan.

Ariani (2023) menunjukkan bahwa penggunaan RME dapat meningkatkan efisiensi kerja, kualitas dokumentasi, serta koordinasi antarprofesi kesehatan. Mandasari (2025) juga menunjukkan bahwa penggunaan RME memberikan dampak positif terhadap efektivitas pelayanan melalui peningkatan fungsi dan proses pelayanan. Selanjutnya, Situmorang *et al.* (2025) menemukan adanya hubungan antara keberhasilan penerapan RME dan efektivitas pelayanan rumah sakit, sedangkan Siagian *et al.* (2025) menunjukkan bahwa penyelenggaraan RME berhubungan dengan peningkatan kinerja pelayanan kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut, efektivitas pelayanan dalam penelitian ini diposisikan sebagai hasil pada tingkat proses pelayanan setelah sistem RME berhasil diterapkan dan digunakan. Posisi ini sekaligus membedakan efektivitas pelayanan dari keberhasilan implementasi

RME: keberhasilan implementasi menggambarkan kondisi keberhasilan sistem, sedangkan efektivitas pelayanan menggambarkan hasil pemanfaatan sistem terhadap proses pelayanan rumah sakit.

Pengaruh Digital Leadership terhadap Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik

Implementasi RME merupakan perubahan organisasi yang membutuhkan lebih dari sekadar penyediaan infrastruktur teknologi. Rumah sakit membutuhkan kepemimpinan yang mampu memberikan arah, menyediakan sumber daya, mengomunikasikan perubahan, meningkatkan kesiapan pengguna, dan memastikan sistem digunakan sesuai dengan tujuan organisasi. Dalam perspektif TOE, aspek tersebut merupakan bagian dari *organization context* yang dapat memengaruhi keberhasilan penerapan teknologi. Secara mekanistik, *Digital Leadership* dapat memengaruhi keberhasilan implementasi RME melalui beberapa jalur. Pertama, visi digital pemimpin memberikan arah mengenai tujuan penggunaan RME serta kaitannya dengan tujuan organisasi. Kedua, komunikasi digital dan pemberdayaan pengguna dapat mengurangi ketidakpastian serta meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan dalam menghadapi perubahan sistem kerja. Ketiga, orientasi terhadap inovasi mendorong organisasi untuk melakukan perbaikan pada proses implementasi ketika menghadapi kendala. Keempat, pengambilan keputusan berbasis data membantu manajemen memantau dan mengevaluasi penggunaan sistem. Dengan demikian, kepemimpinan digital tidak hanya berfungsi sebagai dukungan administratif, tetapi menciptakan kondisi organisasi yang memungkinkan sistem RME dapat diterima dan digunakan secara optimal.

Argumentasi tersebut sejalan dengan DeLone dan McLean (2003) yang menempatkan kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, penggunaan, dan kepuasan sebagai unsur penting dalam keberhasilan sistem informasi. Dukungan kepemimpinan dapat menjadi faktor organisasional yang membantu organisasi menyediakan sumber daya dan lingkungan yang diperlukan untuk mencapai kondisi tersebut. Secara empiris, Melliasari *et al.* (2024) menunjukkan pentingnya *digital leadership* dalam transformasi digital pada institusi pelayanan kesehatan. Chendra *et al.* (2025) menemukan bahwa kepemimpinan digital, budaya organisasi, dan pengembangan kompetensi sumber daya manusia berperan dalam keberhasilan transformasi digital di rumah sakit. Anggraini *et al.* (2025) juga menunjukkan hubungan antara dukungan kepemimpinan dan kepatuhan tenaga kesehatan dalam pengisian rekam medis elektronik. Berdasarkan argumentasi teoritis dan temuan empiris tersebut, *Digital Leadership* diperkirakan dapat meningkatkan kondisi organisasi yang mendukung kualitas, penerimaan, dan penggunaan RME. Oleh karena itu, hipotesis pertama dirumuskan sebagai berikut:

H1: *Digital leadership* berpengaruh positif terhadap keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik

Pengaruh Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik terhadap Efektivitas Pelayanan

Hubungan antara keberhasilan implementasi RME dan efektivitas pelayanan dapat dijelaskan melalui mekanisme pemanfaatan sistem informasi dalam proses kerja. Ketika RME memiliki kualitas sistem dan informasi yang memadai, memperoleh dukungan layanan yang baik, serta dapat diterima dan digunakan oleh tenaga kesehatan, informasi pasien dapat tersedia secara lebih konsisten dalam proses pelayanan. Kondisi tersebut dapat mengurangi aktivitas administratif yang tidak diperlukan, mempercepat akses informasi, mendukung koordinasi antarunit, serta membantu tenaga kesehatan menjalankan proses pelayanan berdasarkan informasi yang tersedia. Dalam kerangka DeLone dan McLean (2003), kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan berkaitan dengan penggunaan serta hasil yang diperoleh dari sistem informasi. Dalam konteks penelitian ini, hubungan tersebut diperluas ke tingkat organisasi dengan menempatkan efektivitas pelayanan sebagai *outcome* dari keberhasilan implementasi RME. Artinya, sistem yang berhasil bukan semata-mata ditandai oleh keberadaan teknologi, tetapi oleh kemampuan sistem tersebut untuk digunakan dalam proses kerja dan mendukung pencapaian tujuan pelayanan.

Secara empiris, Ariani (2023) menunjukkan bahwa pemanfaatan RME berkaitan dengan peningkatan efisiensi kerja, kualitas dokumentasi, dan koordinasi antarprofesi. Mandasari (2025) menemukan bahwa

penggunaan RME berdampak pada efektivitas pelayanan melalui perbaikan fungsi dan proses pelayanan. Situmorang *et al.* (2025) juga menunjukkan hubungan positif antara keberhasilan penerapan RME dan efektivitas pelayanan rumah sakit, sedangkan Siagian *et al.* (2025) menemukan bahwa penyelenggaraan RME berhubungan dengan kinerja pelayanan kesehatan. Berdasarkan mekanisme tersebut, keberhasilan implementasi RME diperkirakan akan meningkatkan kemampuan rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan secara efektif. Oleh karena itu, hipotesis kedua dirumuskan sebagai berikut:

H2: Keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik berpengaruh positif terhadap efektivitas pelayanan.

Pengaruh Digital Leadership terhadap Efektivitas Pelayanan

Selain melalui keberhasilan implementasi RME, *Digital Leadership* secara konseptual dapat memiliki hubungan langsung dengan efektivitas pelayanan. Pemimpin digital dapat memengaruhi efektivitas organisasi melalui penetapan prioritas transformasi, pengalokasian sumber daya, pengembangan kompetensi tenaga kerja, koordinasi antarunit, serta penggunaan data dalam pengambilan keputusan. Hubungan langsung tersebut penting untuk diuji karena tidak semua pengaruh kepemimpinan terhadap efektivitas organisasi harus terjadi melalui keberhasilan suatu sistem informasi. Pemimpin dapat memengaruhi proses pelayanan melalui kebijakan, pengembangan sumber daya manusia, perbaikan proses kerja, serta penguatan budaya organisasi. Oleh karena itu, dalam model penelitian ini *Digital Leadership* tidak hanya diposisikan sebagai faktor yang memengaruhi keberhasilan RME, tetapi juga diuji pengaruh langsungnya terhadap efektivitas pelayanan.

Fitriani dan CW (2024) menunjukkan bahwa *digital leadership* berhubungan positif dengan efektivitas kerja melalui kemampuan pemimpin dalam mengelola proses digitalisasi organisasi. Khaeri *et al.* (2024) menemukan bahwa kepemimpinan berbasis teknologi berperan dalam meningkatkan kinerja pegawai melalui pemanfaatan teknologi dalam proses kerja. Setiawan (2025) juga menunjukkan hubungan positif antara *digital leadership* dan kinerja sumber daya manusia dalam konteks transformasi digital organisasi. Dengan demikian, *Digital Leadership* diperkirakan dapat memberikan kontribusi terhadap efektivitas pelayanan melalui pengelolaan organisasi dan proses perubahan digital, terlepas dari pengaruhnya melalui keberhasilan implementasi RME. Oleh karena itu, hipotesis ketiga dirumuskan sebagai berikut:

H3: *Digital leadership* berpengaruh positif terhadap efektivitas pelayanan.

Peran Mediasi Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik pada Pengaruh Digital Leadership terhadap Efektivitas Pelayanan

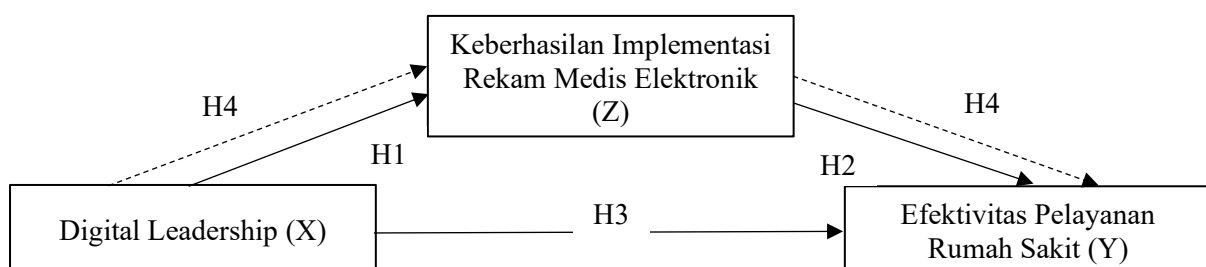
Hubungan mediasi dalam penelitian ini menjelaskan mekanisme bagaimana faktor organisasi berupa *Digital Leadership* dapat diterjemahkan menjadi hasil pada tingkat pelayanan melalui keberhasilan implementasi RME. Argumentasi mediasi dibangun berdasarkan dua hubungan sebelumnya, yaitu pengaruh *Digital Leadership* terhadap keberhasilan implementasi RME dan pengaruh keberhasilan implementasi RME terhadap efektivitas pelayanan. Pada tahap pertama, *Digital Leadership* menciptakan kondisi organisasi yang mendukung implementasi RME melalui penetapan visi digital, penyediaan sumber daya, komunikasi perubahan, pemberdayaan pengguna, dukungan terhadap inovasi, dan pemanfaatan data dalam pengambilan keputusan. Kondisi tersebut dapat meningkatkan kualitas dan penerimaan sistem serta mendorong penggunaan RME dalam proses kerja. Pada tahap kedua, ketika RME telah berhasil diimplementasikan dan digunakan, sistem dapat memberikan dukungan terhadap proses pelayanan melalui ketersediaan informasi yang lebih baik, akses informasi yang lebih cepat, koordinasi antarunit, dan pengurangan proses manual. Dengan demikian, pengaruh kepemimpinan terhadap efektivitas pelayanan tidak hanya dipahami sebagai hubungan langsung, tetapi juga sebagai proses yang berlangsung melalui keberhasilan implementasi teknologi.

Kerangka tersebut memberikan posisi yang berbeda bagi setiap konstruk. *Digital Leadership* merupakan faktor organisasi, keberhasilan implementasi RME merupakan mekanisme atau variabel mediasi pada tingkat sistem informasi, sedangkan efektivitas pelayanan merupakan outcome pada tingkat proses pelayanan. Pemisahan tersebut memungkinkan penelitian untuk menguji bukan hanya apakah kepemimpinan digital berkaitan dengan efektivitas pelayanan, tetapi juga apakah keberhasilan implementasi RME menjadi mekanisme yang menjelaskan hubungan tersebut. Temuan Dewahyuni (2025) menunjukkan pentingnya faktor organisasi, seperti budaya, inovasi, dan dukungan manajemen dalam implementasi RME. Rasio *et al.* (2026) menunjukkan hubungan antara implementasi RME dan kinerja tenaga medis, serta pentingnya faktor kepemimpinan dan budaya organisasi. Siagian *et al.* (2025) juga menunjukkan hubungan penyelenggaraan RME dan kualitas sumber daya manusia dengan kinerja pelayanan kesehatan. Meskipun penelitian terdahulu telah menunjukkan hubungan antarvariabel tersebut secara terpisah, hubungan mekanistik antara *Digital Leadership*, keberhasilan implementasi RME, dan efektivitas pelayanan, khususnya di rumah sakit swasta di Jawa Barat, masih perlu diuji secara lebih terintegrasi. Berdasarkan argumentasi tersebut, keberhasilan implementasi RME diperkirakan menjadi mekanisme yang meneruskan sebagian pengaruh *Digital Leadership* terhadap efektivitas pelayanan. Oleh karena itu, hipotesis keempat dirumuskan sebagai berikut:

H4: Keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik memediasi pengaruh *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan.

Metode Penelitian

Penelitian ini mengembangkan model konseptual dengan menggunakan *DeLone and McLean Information Systems Success Model* (DeLone & McLean, 2003) sebagai landasan utama untuk menjelaskan keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME), serta *Technology-Organization-Environment (TOE) Framework* (Tornatzky & Fleischer, 1990) sebagai perspektif pendukung untuk menjelaskan faktor organisasi yang memengaruhi implementasi teknologi. Dalam penelitian ini, *Digital Leadership* diposisikan sebagai faktor organisasi yang berperan dalam menciptakan kondisi yang mendukung keberhasilan implementasi RME di rumah sakit. Model penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Digital Leadership yang tercermin melalui visi digital, orientasi inovasi, komunikasi digital, pemberdayaan pengguna, dan pengambilan keputusan berbasis data dipandang dapat memberikan arah, dukungan, dan sumber daya yang diperlukan dalam proses transformasi digital. Dalam perspektif TOE, karakteristik tersebut merupakan bagian dari *organization context* yang dapat memengaruhi keberhasilan penerapan teknologi dalam organisasi. Selanjutnya, keberhasilan implementasi RME dijelaskan berdasarkan *DeLone and McLean Information Systems Success Model* (DeLone & McLean, 2003). Dalam penelitian ini, keberhasilan implementasi RME tercermin melalui kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, serta penerimaan dan penggunaan RME oleh pengguna. Sistem RME yang berhasil diterapkan dan digunakan diharapkan mampu mendukung proses pelayanan melalui penyediaan informasi pasien yang lebih cepat dan akurat, peningkatan koordinasi antarunit, efisiensi proses kerja, serta dukungan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan. Efektivitas pelayanan diposisikan sebagai *outcome* yang menunjukkan sejauh mana pemanfaatan RME dapat mendukung pencapaian tujuan pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, model penelitian ini tidak hanya menguji

pengaruh langsung *Digital Leadership* terhadap efektivitas pelayanan, tetapi juga menguji mekanisme tidak langsung melalui keberhasilan implementasi RME sebagai variabel mediasi. Model tersebut memungkinkan penelitian untuk menjelaskan hubungan antara faktor organisasi, keberhasilan sistem informasi, dan hasil pada tingkat pelayanan.

Berdasarkan kerangka konseptual tersebut, penelitian ini menguji empat hubungan, yaitu: (1) pengaruh *Digital Leadership* terhadap keberhasilan implementasi RME; (2) pengaruh keberhasilan implementasi RME terhadap efektivitas pelayanan; (3) pengaruh *Digital Leadership* terhadap efektivitas pelayanan; dan (4) peran keberhasilan implementasi RME dalam memediasi pengaruh *Digital Leadership* terhadap efektivitas pelayanan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain eksplanatori. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) serta dampaknya terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit. Penelitian dilakukan pada rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat yang telah menerapkan RME. Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu, yaitu tenaga kesehatan dan tenaga administrasi yang menggunakan atau berinteraksi dengan RME dalam pelaksanaan pekerjaan dan pelayanan rumah sakit.

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah tenaga kesehatan dan tenaga administrasi di rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat yang telah menggunakan RME. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria: (1) bekerja pada rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat; (2) rumah sakit tempat responden bekerja telah menggunakan RME; (3) responden telah menggunakan atau berinteraksi dengan RME dalam pekerjaannya; dan (4) responden memiliki pengalaman dalam proses pelayanan yang berkaitan dengan penggunaan RME. Penelitian ini melibatkan 150 responden dari 5 rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat. Pengumpulan data dilakukan selama Juli–Agustus 2026 melalui penyebaran kuesioner secara langsung dan daring. Sebanyak 165 kuesioner disebar, 158 kuesioner dikembalikan, dan setelah dilakukan pemeriksaan kelengkapan serta kesesuaian dengan kriteria penelitian, diperoleh 150 kuesioner yang dapat digunakan, dengan tingkat respons sebesar 95,2% dari kuesioner yang dikembalikan. Karakteristik responden mencakup tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga rekam medis, tenaga administrasi, dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait dengan proses pelayanan. Responden memiliki pengalaman menggunakan RME minimal satu tahun, sehingga dinilai memiliki pengalaman yang memadai untuk memberikan penilaian terhadap kepemimpinan digital, keberhasilan implementasi RME, dan efektivitas pelayanan. Kecukupan jumlah sampel diperiksa melalui *a priori power analysis* dengan tingkat signifikansi 5%, *statistical power* 80%, *effect size* sedang ($f^2 = 0,15$), dan dua prediktor pada konstruk endogen dengan jumlah prediktor terbanyak. Hasil perhitungan menunjukkan kebutuhan minimum sekitar 68 responden. Dengan demikian, jumlah 150 responden telah memenuhi kebutuhan minimum untuk analisis struktural yang digunakan.

Instrumen Penelitian

Data primer dikumpulkan menggunakan kuesioner dengan skala Likert lima tingkat, mulai dari 1 = sangat tidak setuju sampai 5 = sangat setuju. Instrumen penelitian terdiri atas 10 indikator Digital Leadership (X), 4 indikator Keberhasilan Implementasi RME (Z), dan 3 indikator Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y). Variabel *Digital Leadership* diukur menggunakan 10 indikator yang diadaptasi dari Zeike *et al.* (2019). Keberhasilan implementasi RME diukur menggunakan 4 indikator yang mengacu pada konsep keberhasilan sistem informasi DeLone dan McLean, dengan fokus pada keberhasilan implementasi dan penggunaan sistem RME. Indikator *Net Benefits* tidak dimasukkan dalam konstruk

Keberhasilan Implementasi RME untuk menghindari tumpang tindih konseptual dengan variabel Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit. Variabel efektivitas pelayanan rumah sakit diukur menggunakan 3 indikator yang diadaptasi dari konsep efektivitas pelayanan yang relevan dengan konteks rumah sakit. Seluruh indikator disesuaikan dengan konteks penggunaan RME di rumah sakit swasta di Jawa Barat. Penyusunan kuesioner dilakukan melalui proses adaptasi bahasa dan konteks dari instrumen terdahulu,

kemudian dilakukan pemeriksaan keterbacaan dan kesesuaian substansi sebelum kuesioner disebarkan kepada responden. Daftar lengkap indikator dan sumber instrumen disajikan pada tabel operasionalisasi variabel serta lampiran penelitian.

Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan *Structural Equation Modeling–Partial Least Squares* (SEM-PLS) dengan bantuan perangkat lunak SmartPLS. Metode ini digunakan karena penelitian melibatkan beberapa konstruk laten serta menguji hubungan langsung dan tidak langsung antarvariabel. Evaluasi *outer model* dilakukan dengan menguji nilai *outer loading*, *Average Variance Extracted* (AVE), Cronbach's Alpha, ρ_A , dan *Composite Reliability* (CR). Validitas diskriminan dievaluasi menggunakan *Heterotrait-Monotrait Ratio* (HTMT). Selanjutnya, evaluasi *inner model* dilakukan melalui pemeriksaan VIF, koefisien determinasi (R^2), *effect size* (f^2), *predictive relevance* (Q^2), dan koefisien jalur. Pengujian hipotesis dilakukan dengan prosedur *bootstrapping* sebanyak 5.000 *subsamples* pada tingkat signifikansi 5%. Pengaruh langsung digunakan untuk menguji hubungan antara *Digital Leadership* dengan Keberhasilan Implementasi RME dan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit, sedangkan pengaruh tidak langsung digunakan untuk menguji peran Keberhasilan Implementasi RME sebagai variabel mediasi. Pengaruh total juga diperiksa untuk melihat keseluruhan pengaruh *Digital Leadership* terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit.

Pengendalian Bias dan Etika Penelitian

Potensi *common method bias* dikendalikan melalui penyusunan pernyataan kuesioner yang jelas, pemberian penjelasan kepada responden bahwa tidak terdapat jawaban benar atau salah, serta pengujian statistik menggunakan *full collinearity VIF*. Pengumpulan data dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas responden dan rumah sakit. Responden diberikan informasi mengenai tujuan penelitian dan berpartisipasi secara sukarela. Data yang diperoleh digunakan hanya untuk kepentingan akademik dan disajikan dalam bentuk agregat sehingga identitas rumah sakit tidak dapat diidentifikasi.

Hasil Penelitian

Evaluasi Model Pengukuran (Outer Model)

Evaluasi model pengukuran dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas konstruk yang digunakan dalam penelitian. Pengujian meliputi *outer loading*, *Average Variance Extracted* (AVE), Cronbach's Alpha, ρ_A , dan *Composite Reliability* (Hair *et al.*, 2022). Dalam evaluasi *reflective measurement model*, nilai *outer loading* sebesar 0,708 atau lebih dipandang memadai, sedangkan indikator dengan nilai di bawah batas tersebut perlu dipertimbangkan berdasarkan kontribusi teoritis dan kualitas konstruk secara keseluruhan. Hasil pengujian menunjukkan bahwa seluruh indikator dalam penelitian memiliki nilai *outer loading* di atas 0,708. Konstruk *Digital Leadership* memiliki nilai *outer loading* antara 0,798–0,881, Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit antara 0,911–0,942, sedangkan Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik memiliki nilai *outer loading* antara 0,739–0,865. Dengan demikian, seluruh indikator memenuhi kriteria validitas konvergen berdasarkan nilai *outer loading* dan tidak terdapat indikator dengan nilai di bawah 0,708.

Berdasarkan Tabel 1, seluruh konstruk memiliki nilai AVE di atas 0,50, yaitu sebesar 0,712 untuk *Digital Leadership*, 0,856 untuk Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit, dan 0,655 untuk Keberhasilan Implementasi RME. Hasil tersebut menunjukkan terpenuhinya validitas konvergen pada tingkat konstruk. Selanjutnya, nilai Cronbach's Alpha, ρ_A , dan *Composite Reliability* pada seluruh konstruk berada di atas 0,70. Nilai tersebut menunjukkan bahwa instrumen memiliki konsistensi internal yang memadai. Nilai reliabilitas *Digital Leadership* yang relatif tinggi, khususnya Cronbach's Alpha sebesar 0,955 dan *Composite Reliability* sebesar 0,961, menunjukkan konsistensi antarindikator yang tinggi. Namun demikian, nilai yang tinggi juga perlu diperhatikan karena dapat mengindikasikan adanya kemiripan antaritem. Dalam penelitian ini, indikator tetap dipertahankan karena seluruh indikator memenuhi kriteria *outer loading* dan secara substantif merepresentasikan cakupan konstruk *Digital Leadership*.

Tabel 1. Hasil Evaluasi Model Pengukuran

Variabel	Outer Loading	AVE	Cronbach's Alpha	Composite Reliability
Digital Leadership (X)	0,798–0,881	0,712	0,955	0,961
Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik (Z)	0,911–0,942	0,856	0,916	0,947
Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,739–0,865	0,655	0,824	0,883

Keterangan:

- Outer Loading > 0,70 (Hair *et al.*, 2022)
- AVE > 0,50 (Fornell & Larcker, 1981)
- Cronbach's Alpha > 0,70 (Hair *et al.*, 2022)
- Composite Reliability > 0,70 (Hair *et al.*, 2022)

Sumber: Data diolah menggunakan SmartPLS 3.0 (2026)

Validitas Diskriminan

Pengujian validitas diskriminan dilakukan untuk memastikan bahwa setiap konstruk dalam penelitian memiliki karakteristik yang berbeda dan mampu dibedakan secara empiris dari konstruk lainnya. Pengujian dilakukan menggunakan kriteria Fornell–Larcker, *cross-loading*, dan Heterotrait–Monotrait Ratio (HTMT) yang dilengkapi dengan *bootstrap confidence interval*. Hasil pengujian Fornell–Larcker disajikan pada Tabel 2, sedangkan hasil *cross-loading*, HTMT, dan *bootstrap confidence interval* HTMT disajikan pada lampiran.

Tabel 2. Hasil Uji Validitas Diskriminan (Cross Loading)

Konstruk	Digital Leadership (X)	Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	Keberhasilan Implementasi RME (Z)
Digital Leadership (X)	0,844		
Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,795	0,925	
Keberhasilan Implementasi RME (Z)	0,780	0,774	0,809

Sumber: Data diolah menggunakan SmartPLS 3.0 (2026)

Berdasarkan Tabel 2, nilai diagonal merupakan akar kuadrat AVE masing-masing konstruk. Nilai akar kuadrat AVE Digital Leadership sebesar 0,844, Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar 0,925, dan Keberhasilan Implementasi RME sebesar 0,809. Masing-masing nilai tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan korelasi konstruk yang bersesuaian dengan konstruk lainnya. Dengan demikian, berdasarkan kriteria Fornell–Larcker, setiap konstruk menunjukkan perbedaan yang memadai dari konstruk lainnya.

Pengujian *cross-loading* selanjutnya menunjukkan bahwa setiap indikator memiliki nilai loading tertinggi pada konstruk yang diukurnya dibandingkan dengan nilai loading pada konstruk lainnya. Dengan demikian, pola *cross-loading* memberikan dukungan tambahan terhadap kemampuan indikator dalam membedakan konstruk yang diukur. Hasil lengkap pengujian *cross-loading* disajikan pada Lampiran 1. Selain itu, pengujian HTMT menunjukkan nilai sebesar 0,847 untuk hubungan Digital Leadership dengan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit, 0,867 untuk hubungan Digital Leadership dengan Keberhasilan Implementasi RME, dan 0,880 untuk hubungan Keberhasilan Implementasi RME dengan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit. Nilai tersebut masih berada di bawah batas 0,90 yang digunakan dalam penelitian ini. Pengujian juga dilengkapi dengan *bootstrap confidence interval* HTMT. Hasil menunjukkan interval kepercayaan 95% sebesar 0,763–0,923 untuk hubungan *digital leadership* dengan efektivitas pelayanan rumah sakit, 0,791–0,947 untuk hubungan *digital leadership* dengan keberhasilan implementasi RME, dan 0,809–0,957 untuk hubungan keberhasilan implementasi rme dengan efektivitas pelayanan rumah sakit. Seluruh batas atas interval kepercayaan berada di bawah

1,00. Hasil lengkap pengujian HTMT dan *bootstrap confidence interval* HTMT disajikan pada Lampiran 2.

Secara keseluruhan, hasil pengujian Fornell–Larcker dan *cross-loading* menunjukkan adanya perbedaan antar konstruk, sedangkan nilai HTMT yang berada di bawah 0,90 serta interval kepercayaan bootstrap yang tidak mencapai 1,00 memberikan dukungan tambahan terhadap validitas diskriminan. Meskipun demikian, nilai HTMT antara *digital leadership* dan keberhasilan implementasi rme sebesar 0,867 serta antara keberhasilan implementasi RME dan efektivitas pelayanan rumah sakit sebesar 0,880 menunjukkan kedekatan empiris yang relatif tinggi. Oleh karena itu, interpretasi hubungan antarkonstruk dilakukan dengan tetap mempertimbangkan perbedaan konseptual dan indikator pengukuran dari masing-masing konstruk.

Evaluasi Model Struktural (Inner Model) dan Pengujian Hipotesis

Evaluasi model struktural (*inner model*) dilakukan untuk mengetahui kemampuan model penelitian dalam menjelaskan hubungan antarvariabel laten serta menguji pengaruh antarkonstruk yang telah dirumuskan dalam hipotesis penelitian. Pengujian model struktural dilakukan melalui analisis nilai *R-Square* (R^2) untuk melihat kemampuan prediksi model terhadap variabel endogen, nilai *Q-Square* (Q^2) untuk mengukur relevansi prediktif model, serta pengujian *path coefficient* melalui metode bootstrapping dengan melihat nilai *original sample* (β), *t-statistic*, dan *p-value* (Hair et al., 2022). Suatu hipotesis dinyatakan diterima apabila memiliki nilai *t-statistic* lebih besar dari 1,96 dan *p-value* lebih kecil dari 0,05.

Tabel 3. R Square Model dan Pengujian Hipotesis

Variabel/Hipotesis	Nilai	T-Statistic	P-Value	Keputusan
VIF <i>Digital Leadership</i> (X) → Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	2,549	–	–	Tidak terdapat multikolinearitas
VIF Keberhasilan Implementasi RME (Z) → Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	2,549	–	–	Tidak terdapat multikolinearitas
VIF <i>Digital Leadership</i> (X) → Keberhasilan Implementasi RME (Z)	1,000	–	–	Tidak terdapat multikolinearitas
R^2 Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik (Z)	0,608	–	–	Moderate
R^2 Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,692	–	–	Moderate
Q^2 Keberhasilan Implementasi RME (Z)	0,387	–	–	Predictive Relevance
Q^2 Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,582	–	–	Predictive Relevance
H1: <i>Digital Leadership</i> (X) → Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,489	4,673	<0,001	Didukung
H2: <i>Digital Leadership</i> (X) → Keberhasilan Implementasi RME (Z)	0,780	22,544	<0,001	Didukung
H3: Keberhasilan Implementasi RME (Z) → Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,393	3,811	<0,001	Didukung
H4: <i>Digital Leadership</i> (X) → Keberhasilan Implementasi RME (Z) → Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,306	3,896	<0,001	Didukung

Keterangan:

- $VIF < 5$ menunjukkan tidak terdapat masalah kolinearitas pada model struktural.
- Nilai R^2 sebesar 0,25, 0,50, dan 0,75 masing-masing digunakan sebagai acuan kategori *weak*, *moderate*, dan *substantial/strong*.
- Nilai $Q^2 > 0$ menunjukkan adanya *predictive relevance*.
- Pengujian hipotesis menggunakan T-statistic $> 1,96$ dan P-value $< 0,05$.

Sumber: Data diolah menggunakan SmartPLS 3.0 (2026)

Berdasarkan Tabel 4, evaluasi kolinearitas pada model struktural menunjukkan bahwa nilai VIF berada pada rentang 1,000–2,549. Nilai VIF *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi rme sebesar 1,000, sedangkan nilai vif *digital leadership* dan keberhasilan implementasi rme terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit masing-masing sebesar 2,549. Seluruh nilai VIF berada di bawah batas 5, sehingga tidak menunjukkan adanya masalah kolinearitas yang kritis pada model struktural. Nilai R^2 keberhasilan implementasi rekam medis elektronik (Z) sebesar 0,608 menunjukkan bahwa *digital leadership* mampu menjelaskan sebesar 60,8% variasi keberhasilan implementasi rme, sedangkan 39,2% variasi lainnya dijelaskan oleh faktor lain di luar model penelitian. selanjutnya, nilai r^2 efektivitas pelayanan rumah sakit (y) sebesar 0,692 menunjukkan bahwa *digital leadership* dan keberhasilan implementasi rme secara bersama-sama mampu menjelaskan sebesar 69,2% variasi efektivitas pelayanan rumah sakit, sedangkan 30,8% lainnya dijelaskan oleh faktor lain di luar model. Berdasarkan kriteria yang digunakan, kedua nilai R^2 tersebut berada pada kategori *moderate*. Nilai Q^2 Keberhasilan Implementasi RME sebesar 0,387 dan Q^2 Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar 0,582. Kedua nilai tersebut lebih besar dari 0, sehingga menunjukkan bahwa model memiliki *predictive relevance* atau relevansi prediktif dalam menjelaskan konstruk endogen.

Selain itu, evaluasi *effect size* (f^2) menunjukkan bahwa pengaruh *Digital Leadership* terhadap Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit memiliki nilai f^2 sebesar 0,305 yang termasuk kategori *medium effect*. Pengaruh *digital leadership* terhadap keberhasilan implementasi RME memiliki nilai f^2 sebesar 1,549 yang termasuk kategori *large effect*. Sementara itu, pengaruh keberhasilan implementasi RME terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit memiliki nilai f^2 sebesar 0,196 yang termasuk kategori *medium effect*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kontribusi *Digital Leadership* terhadap Keberhasilan Implementasi RME memiliki ukuran efek yang paling besar dibandingkan dengan hubungan struktural lainnya dalam model.

Hasil pengujian hipotesis menunjukkan bahwa Digital Leadership berpengaruh positif dan signifikan terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai koefisien jalur sebesar 0,489, T-statistic sebesar 4,673, dan P-value $< 0,001$. Karena T-statistic $> 1,96$ dan P-value $< 0,05$, maka H1 didukung. Selanjutnya, Digital Leadership berpengaruh positif dan signifikan terhadap Keberhasilan Implementasi RME dengan nilai koefisien jalur sebesar 0,780, T-statistic sebesar 22,544, dan P-value $< 0,001$. Dengan demikian, H2 didukung. Keberhasilan Implementasi RME juga berpengaruh positif dan signifikan terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit, dengan nilai koefisien jalur sebesar 0,393, T-statistic sebesar 3,811, dan P-value $< 0,001$. Dengan demikian, H3 didukung. Pengujian pengaruh tidak langsung menunjukkan bahwa digital leadership berpengaruh positif dan signifikan terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit melalui keberhasilan implementasi RME, dengan nilai pengaruh tidak langsung sebesar 0,306, T-statistic sebesar 3,896, dan P-value $< 0,001$. Dengan demikian, H4 didukung.

Karena pengaruh langsung *Digital Leadership* terhadap Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit tetap signifikan ($\beta = 0,489$; $P < 0,001$), sementara pengaruh tidak langsung melalui Keberhasilan Implementasi RME juga signifikan ($\beta = 0,306$; $P < 0,001$) dan keduanya memiliki arah positif, maka Keberhasilan Implementasi RME berperan sebagai mediator parsial-komplemen (complementary partial mediation). Dengan demikian, *digital leadership* memengaruhi efektivitas pelayanan rumah sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung, melalui keberhasilan implementasi RME.

Pembahasan

Pengaruh Digital Leadership terhadap Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif dan signifikan antara *digital leadership* dan keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME). Temuan ini menunjukkan bahwa persepsi responden terhadap kualitas kepemimpinan digital berkaitan dengan persepsi mereka terhadap keberhasilan implementasi RME. Secara teoretis, hubungan tersebut dapat dipahami karena transformasi digital dalam organisasi kesehatan tidak hanya merupakan persoalan ketersediaan teknologi, tetapi juga berkaitan dengan kemampuan organisasi dalam mengarahkan perubahan, mengalokasikan sumber daya, dan membangun kesiapan pengguna. Dalam perspektif *Digital Leadership Theory*, kepemimpinan dalam lingkungan digital berkaitan dengan kemampuan pemimpin dalam memberikan arah transformasi, membangun budaya yang mendukung penggunaan teknologi, serta mengelola perubahan organisasi yang muncul akibat digitalisasi (Westerman *et al.*, 2014). Dalam konteks RME, peran tersebut relevan karena implementasi sistem informasi kesehatan melibatkan perubahan dalam cara tenaga kesehatan memperoleh, mencatat, dan menggunakan informasi dalam pekerjaan sehari-hari. Dengan demikian, kepemimpinan digital dapat dipahami bukan semata-mata sebagai kemampuan memahami teknologi, melainkan sebagai kemampuan organisasi untuk mengintegrasikan teknologi ke dalam proses kerja.

Besarnya koefisien hubungan antara *digital leadership* dan keberhasilan implementasi RME ($\beta = 0,780$) menunjukkan adanya asosiasi yang kuat antara kedua konstruk tersebut. Namun, besarnya koefisien tersebut perlu ditafsirkan dengan hati-hati. Nilai tersebut tidak serta-merta menunjukkan hubungan kausal, karena penelitian menggunakan desain *cross-sectional* dan seluruh variabel diukur berdasarkan persepsi responden pada satu periode pengumpulan data. Selain itu, kedekatan konseptual antara kepemimpinan digital dan keberhasilan implementasi teknologi dapat menyebabkan persepsi terhadap kedua konstruk saling berkaitan. Hasil pengujian validitas diskriminan memang memberikan dukungan terhadap pembedaan konstruk, tetapi nilai HTMT antara *digital leadership* dan keberhasilan implementasi RME sebesar 0,867 menunjukkan bahwa keduanya memiliki kedekatan empiris yang relatif tinggi.

Oleh karena itu, hubungan yang kuat tersebut lebih tepat dipahami sebagai keterkaitan yang erat dalam persepsi responden, bukan sebagai bukti bahwa kepemimpinan digital secara tunggal menentukan keberhasilan implementasi RME. Temuan ini sejalan dengan Melliasari *et al.* (2024), Chendra *et al.* (2025), dan Anggraini *et al.* (2025) yang menempatkan kepemimpinan, kesiapan organisasi, dukungan manajemen, dan sumber daya manusia sebagai aspek yang relevan dalam transformasi digital dan penggunaan RME. Dengan demikian, hasil penelitian memperkuat pemahaman bahwa keberhasilan implementasi RME merupakan fenomena sosio-organisasional, bukan hanya persoalan teknis sistem. Keberadaan sistem digital perlu disertai dengan arah kepemimpinan dan pengelolaan perubahan agar teknologi dapat terintegrasi dengan praktik kerja organisasi.

Pengaruh Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik terhadap Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif dan signifikan antara keberhasilan implementasi RME dan efektivitas pelayanan rumah sakit. Temuan ini menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan implementasi RME lebih berhasil juga cenderung mempersepsikan efektivitas pelayanan rumah sakit secara lebih positif. Hubungan tersebut dapat dijelaskan melalui fungsi RME sebagai sistem yang mengintegrasikan informasi dalam proses pelayanan serta mendukung ketersediaan informasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan pekerjaan. Secara teoretis, perspektif *Technology Acceptance Model* (TAM) dari Davis (1989) menjelaskan bahwa penerimaan teknologi berkaitan dengan persepsi pengguna terhadap manfaat dan kemudahan penggunaan teknologi. Dalam konteks penelitian ini, keberhasilan implementasi RME dapat dipandang sebagai kondisi ketika sistem telah dapat digunakan dan diterima dalam proses kerja sehingga manfaat sistem menjadi relevan bagi pengguna. Dengan demikian, hubungan RME dengan efektivitas pelayanan tidak semata-mata terletak pada keberadaan sistem elektronik, melainkan pada sejauh mana sistem tersebut dapat digunakan sebagai bagian dari proses kerja organisasi.

Koefisien hubungan antara Keberhasilan Implementasi RME dan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar 0,393 menunjukkan hubungan positif dengan ukuran efek pada kategori sedang ($f^2 = 0,196$). Hasil ini memberikan indikasi bahwa implementasi RME merupakan salah satu aspek yang berkaitan dengan efektivitas pelayanan, tetapi bukan satu-satunya faktor yang menjelaskan variasi efektivitas pelayanan. Hal tersebut juga tercermin dari nilai R^2 Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar 0,692, yang menunjukkan bahwa *digital leadership* dan keberhasilan implementasi RME secara bersama-sama menjelaskan 69,2% variasi konstruk tersebut, sementara sisanya berkaitan dengan faktor lain yang tidak dimasukkan dalam model. Interpretasi hasil ini perlu dibatasi pada tingkat persepsi responden. Karena pengukuran dilakukan melalui persepsi staf, penelitian ini tidak dapat secara langsung menyimpulkan bahwa implementasi RME telah meningkatkan keselamatan pasien, akurasi klinis, atau kualitas pelayanan klinis. Klaim tersebut memerlukan data objektif, seperti indikator keselamatan pasien, waktu pelayanan aktual, tingkat kesalahan pencatatan, atau indikator mutu klinis. Oleh karena itu, hasil penelitian lebih tepat menunjukkan adanya keterkaitan antara persepsi keberhasilan implementasi RME dan persepsi efektivitas pelayanan. Temuan ini sejalan dengan Siregar (2025), Mandasari (2025), dan Situmorang *et al.* (2025) yang menunjukkan keterkaitan implementasi RME dengan proses kerja dan efektivitas pelayanan. Namun, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa manfaat RME perlu dipahami dalam konteks organisasi secara lebih luas. Sistem informasi tidak secara otomatis menghasilkan pelayanan yang efektif apabila terdapat persoalan lain dalam sumber daya manusia, proses kerja, koordinasi antarunit, maupun pengelolaan organisasi.

Pengaruh Digital Leadership terhadap Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif dan signifikan antara *digital leadership* dan efektivitas pelayanan rumah sakit. Temuan ini menunjukkan bahwa persepsi yang lebih positif terhadap kepemimpinan digital berkaitan dengan persepsi yang lebih positif terhadap efektivitas pelayanan. Secara teoretis, hubungan tersebut dapat dijelaskan melalui kemampuan kepemimpinan dalam memberikan arah organisasi dan mengintegrasikan agenda digital dengan kebutuhan operasional. Perspektif *Transformational Leadership Theory* menjelaskan bahwa kepemimpinan dapat berkaitan dengan perubahan organisasi melalui visi, motivasi, dan stimulasi terhadap perubahan (Bass, 1985). Dalam konteks digitalisasi rumah sakit, perspektif tersebut menjadi relevan karena penerapan teknologi memerlukan perubahan dalam pola kerja dan adaptasi pengguna. Dengan demikian, *digital leadership* dapat dipahami sebagai bagian dari konteks organisasi yang membentuk lingkungan bagi pemanfaatan teknologi, bukan sebagai faktor teknis yang secara langsung menghasilkan efektivitas pelayanan.

Hubungan *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit memiliki koefisien sebesar 0,489 dengan ukuran efek f^2 sebesar 0,305 yang termasuk kategori sedang. Menariknya, hubungan langsung tersebut tetap signifikan setelah keberhasilan implementasi RME dimasukkan ke dalam model. Kondisi ini menunjukkan bahwa keterkaitan *digital leadership* dengan efektivitas pelayanan tidak sepenuhnya dijelaskan melalui implementasi RME. Dengan kata lain, kepemimpinan digital memiliki keterkaitan dengan efektivitas pelayanan melalui jalur implementasi RME sekaligus melalui jalur langsung yang terdapat dalam model penelitian. Namun demikian, hasil tersebut tidak dapat ditafsirkan sebagai bukti bahwa *digital leadership* secara kausal meningkatkan efektivitas pelayanan. Desain *cross-sectional* tidak memungkinkan peneliti memastikan urutan waktu antara kepemimpinan digital, implementasi RME, dan efektivitas pelayanan. Selain itu, karena seluruh konstruk diperoleh dari persepsi responden, terdapat kemungkinan bahwa kecenderungan penilaian responden terhadap lingkungan digital organisasi turut memengaruhi penilaian terhadap beberapa konstruk secara bersamaan. Hal ini perlu menjadi perhatian dalam membaca hubungan antarvariabel.

Peran Keberhasilan Implementasi RME dalam Memediasi Hubungan Digital Leadership dan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan tidak langsung yang positif dan signifikan antara *digital leadership* dan efektivitas pelayanan rumah sakit melalui keberhasilan implementasi RME, dengan koefisien pengaruh tidak langsung sebesar 0,306 dan $P\text{-value} < 0,001$. Pada saat yang sama, hubungan langsung *digital leadership* terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit juga tetap

signifikan dengan koefisien sebesar 0,489. Pola tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi RME berperan sebagai mediator parsial-komplementer (*complementary partial mediation*). Secara teoretis, temuan tersebut dapat dijelaskan melalui perspektif *Socio-Technical Systems Theory* yang memandang organisasi sebagai sistem yang terdiri atas aspek teknologi, manusia, dan struktur organisasi yang saling berkaitan (Trist & Bamforth, 1951). Dalam kerangka ini, kepemimpinan digital dapat menjadi bagian dari konteks organisasi yang berkaitan dengan kesiapan dan pengelolaan perubahan, sementara RME merupakan bentuk teknologi yang diintegrasikan ke dalam proses kerja. Efektivitas pelayanan kemudian dapat dipahami sebagai salah satu konsekuensi organisasional yang dipersepsikan pengguna ketika sistem teknologi telah terintegrasi dalam pekerjaan. Dengan demikian, mekanisme mediasi yang ditemukan memberikan pemahaman bahwa hubungan antara kepemimpinan digital dan efektivitas pelayanan tidak hanya berkaitan secara langsung dengan kepemimpinan. Sebagian hubungan tersebut juga berkaitan dengan keberhasilan implementasi teknologi yang menjadi bagian dari proses transformasi digital. Akan tetapi, karena penelitian ini bersifat *cross-sectional*, istilah “mekanisme” dalam penelitian ini harus dipahami sebagai pola hubungan statistik yang konsisten dengan kerangka teoretis, bukan sebagai bukti urutan sebab-akibat yang telah terkonfirmasi secara longitudinal.

Temuan ini sejalan dengan Dewahyuni (2025), Rasio *et al.* (2026), dan Siagian *et al.* (2025) yang menunjukkan pentingnya faktor organisasi, sumber daya manusia, kepemimpinan, serta implementasi RME dalam konteks transformasi digital pelayanan kesehatan. Kontribusi penelitian ini terletak pada pengujian keterkaitan ketiga konstruk tersebut dalam satu model, sehingga keberhasilan implementasi RME dapat diposisikan sebagai variabel yang menjelaskan sebagian hubungan antara *digital leadership* dan efektivitas pelayanan. Meskipun demikian, kedekatan empiris antarkonstruk perlu diperhatikan. Nilai HTMT antara Keberhasilan Implementasi RME dan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar 0,880 merupakan nilai yang relatif tinggi meskipun masih berada di bawah batas 0,90 yang digunakan dalam penelitian. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kedua konstruk memiliki keterkaitan empiris yang kuat. Hal ini dapat terjadi karena keberhasilan implementasi RME dan efektivitas pelayanan sama-sama dinilai oleh responden yang menggunakan sistem dalam lingkungan kerja yang sama. Oleh karena itu, temuan mediasi perlu dipahami dengan mempertimbangkan kedekatan konseptual dan sumber data yang sama, serta tidak ditafsirkan secara berlebihan sebagai bukti kausal.

Implikasi Teoretis dan Praktis

Secara teoretis, penelitian ini memberikan kontribusi dengan menghubungkan perspektif *Digital Leadership Theory*, *Transformational Leadership Theory*, *Technology Acceptance Model*, dan *Socio-Technical Systems Theory* dalam menjelaskan keterkaitan antara kepemimpinan digital, implementasi RME, dan efektivitas pelayanan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa transformasi digital dalam organisasi kesehatan perlu dipahami sebagai proses yang melibatkan interaksi antara kepemimpinan, pengguna, teknologi, dan proses organisasi. Temuan mediasi juga menunjukkan bahwa implementasi RME merupakan bagian penting dalam menjelaskan hubungan antara kepemimpinan digital dan efektivitas pelayanan, meskipun hubungan tersebut tidak sepenuhnya melalui RME.

Dari sisi praktis, implikasi penelitian perlu diarahkan pada pengelolaan implementasi RME secara lebih spesifik. Pertama, manajemen rumah sakit dapat memperkuat pelatihan dan pendampingan pengguna, terutama untuk memastikan tenaga kesehatan memahami alur penggunaan RME dan mampu menyelesaikan kendala penggunaan dalam pekerjaan sehari-hari. Kedua, komunikasi perubahan perlu dilakukan secara berkelanjutan agar pengguna memahami tujuan penerapan RME, perubahan proses kerja yang terjadi, serta manfaat yang diharapkan dari sistem. Ketiga, dukungan pimpinan perlu diwujudkan tidak hanya melalui kebijakan, tetapi juga melalui keterlibatan dalam pemantauan implementasi, penyelesaian hambatan lintas unit, serta penyediaan sumber daya yang dibutuhkan pengguna. Keempat, rumah sakit perlu melakukan evaluasi kualitas data RME secara berkala, termasuk kelengkapan, konsistensi, dan ketepatan pengisian data. Kelima, perlu tersedia mekanisme umpan balik pengguna yang memungkinkan tenaga kesehatan menyampaikan kendala, kebutuhan perbaikan, dan pengalaman penggunaan sistem secara terstruktur. Umpan balik tersebut dapat digunakan sebagai dasar evaluasi dan penyempurnaan implementasi RME.

Dengan pendekatan tersebut, keberhasilan implementasi RME tidak hanya dinilai dari keberadaan atau penggunaan sistem, tetapi juga dari keberlanjutan pemanfaatannya dalam proses kerja organisasi. Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa *digital leadership*, keberhasilan implementasi RME, dan efektivitas pelayanan rumah sakit memiliki hubungan positif dalam model penelitian. Namun, hubungan tersebut perlu dipahami sebagai hubungan yang didasarkan pada persepsi responden, bukan sebagai bukti kausalitas. Temuan penelitian juga menunjukkan perlunya melihat transformasi digital rumah sakit secara terpadu, yaitu melalui kombinasi kepemimpinan, kesiapan pengguna, kualitas implementasi teknologi, dan evaluasi berkelanjutan terhadap proses pelayanan.

Kesimpulan, Keterbatasan Penelitian, dan Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *digital leadership* berhubungan positif dan signifikan dengan keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME), keberhasilan implementasi RME berhubungan positif dan signifikan dengan efektivitas pelayanan rumah sakit, serta *digital leadership* berhubungan positif dan signifikan dengan efektivitas pelayanan. Keberhasilan implementasi RME juga berperan sebagai mediator parsial-komplementer (*complementary partial mediation*) dalam hubungan antara *digital leadership* dan efektivitas pelayanan. Temuan ini menunjukkan bahwa kepemimpinan dan implementasi teknologi merupakan aspek yang saling berkaitan dalam transformasi digital rumah sakit. Namun, karena penelitian bersifat *cross-sectional* dan seluruh variabel diukur berdasarkan persepsi responden, hasil penelitian hanya menunjukkan hubungan antarvariabel dan belum dapat digunakan untuk menyimpulkan hubungan kausal maupun efektivitas pelayanan secara objektif. Secara praktis, hasil penelitian mengindikasikan perlunya perhatian terhadap pelatihan dan pendampingan pengguna, komunikasi perubahan, dukungan pimpinan, evaluasi kualitas data RME, serta mekanisme umpan balik pengguna sebagai bagian dari pengelolaan implementasi RME.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain *cross-sectional* membatasi penarikan kesimpulan kausal. Kedua, seluruh variabel diperoleh dari satu sumber data berbasis persepsi sehingga terdapat kemungkinan *common method bias*. Ketiga, level analisis berada pada persepsi individu sehingga hasil tidak secara langsung merepresentasikan kondisi objektif rumah sakit. Keempat, penelitian tidak menggunakan indikator objektif pelayanan sehingga belum dapat menggambarkan efektivitas pelayanan secara akurat. Kelima, terdapat kedekatan empiris antara beberapa konstruk, khususnya keberhasilan implementasi RME dengan efektivitas pelayanan rumah sakit, yang ditunjukkan oleh nilai HTMT sebesar 0,880. Kondisi tersebut perlu diperhatikan dalam menginterpretasikan hubungan antarvariabel.

Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain longitudinal atau *mixed methods*, melibatkan lebih dari satu sumber data, serta mengombinasikan persepsi responden dengan indikator objektif pelayanan. Penelitian berikutnya juga perlu memperjelas tingkat analisis dan melakukan pengujian *common method bias*. Selain itu, model dapat dikembangkan dengan memasukkan faktor lain seperti *organizational readiness*, *digital culture*, kompetensi pengguna, *system quality*, *information quality*, dan *digital maturity* untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif tentang transformasi digital rumah sakit.

Pernyataan Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan dalam penelitian ini. Seluruh proses penelitian dan penulisan artikel ini dilakukan secara independen, tanpa adanya kepentingan pribadi, komersial, atau institusional yang dapat memengaruhi hasil atau interpretasi dari penelitian ini.

Daftar Pustaka

Afki, Z., Rahajeng, E., & Ulfa, L. (2026). Faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Rokan Hulu tahun 2024. *Jurnal Manajemen Dan*

- Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 10(1), 558–578.
<https://doi.org/10.52643/marsi.v10i1.8099>
- Anggraini, S., Sulistyowati, Y., & Ambarini, T. (2025). Analisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan tenaga kesehatan dalam pengisian Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Swasta Tipe B Jakarta Utara. *Quantum Wellness: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(4), 401–414.
<https://doi.org/10.62383/quwell.v2i4.2585>
- Ariani, S. (2023). Analisis keberhasilan implementasi rekam medis elektronik dalam meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan. *Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(2), 7–14.
<https://doi.org/10.56127/jukeke.v2i2.720>
- 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*, 4(2), 77–85. <https://doi.org/10.31289/jiaap.v4i2.6439>
- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9–30.
<https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- Fitriani, D., & CW, R. Y. (2024). Peran digital leadership dalam meningkatkan efektivitas kerja dan kepuasan kerja karyawan. *Jurnal Manajemen STIE Muhammadiyah Palopo*, 10(2), 250–259.
<https://doi.org/10.35906/jurman.v10i2.1970>
- Gea, N. K., Hardiana, H., & Susanti, F. A. (2025). Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit X. *Journal of Public Health Education*, 5(1), 8–13. <https://doi.org/10.53801/jphe.v5i01.414>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*. Springer.
- Hensmit, V. R., Purwadhi, P., & Suwardhani, A. D. (2025). Optimalisasi Pemanfaatan Sistem Rekam Medis Elektronik untuk Meningkatkan Efektivitas Kerja (Studi Pada Klinik Utama “X”). *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 5(3), 3063–3072.
- Kane, G. C., Phillips, A. N., Copulsky, J., & Andrus, G. R. (2019). *The technology fallacy: How people are the real key to digital transformation*. MIT Press.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khaeri, A., Aminy, M. H., Wardani, L. A. K., Rahayu, S. M., & Fathurrahman. (2024). Analisis pengaruh kepemimpinan berbasis teknologi terhadap peningkatan kinerja pegawai di Puskesmas Mataram. *Nusadaya Journal of Multidisciplinary Studies*, 1(8), 23–30.
- Lareshya, B. H., Girsang, E., & Nasution, S. L. R. (2025). Human resources, work culture, leadership and infrastructure as aspects of readiness for implementing electronic medical records in dental and oral hospital. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES*, 16(4), 980–988.
<https://doi.org/10.33846/sf16420>
- Mandasari, C. P. (2025). Analysis of the use of electronic medical records on the effectiveness of outpatient services at the Siulak Mukai Health Center in 2024. *Procedia of Engineering and Life*

Kosasih, Farida Yulianty, Vip Paramarta, Jun Jun Wahyudi*, Yuliana Maria Nuet Kancung, I Gusti Agung Jaundivaningrat, Peter Fernando. Pengaruh digital leadership terhadap keberhasilan implementasi rekam medis elektronik dan dampaknya terhadap efektivitas pelayanan pada rumah sakit swasta di Provinsi Jawa Barat

Science, 7, 38–61.

- Melliasari, H., Dwiyono, I., Purwadhi, P., & Widjaya, Y. R. (2024). Digital leadership skill dan peranannya bagi kepemimpinan institusi pelayanan kesehatan di era digital. *Syntax Idea*, 6(9), 4055–4063. <https://doi.org/10.46799/syntax-idea.v6i9.4485>
- Mursalim, N., Arman, A., & Rusydi, A. R. (2026). Implementasi Rekam Medik Elektronik terhadap Efektivitas Pelayanan di Poli Rawat Jalan Puskesmas Larompong. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 7(2), 5542–5552. <https://doi.org/10.31004/jkt.v7i2.54610>
- Putra, S. P. (2023). Pengaruh Peran Kepemimpinan terhadap Implementasi Teknologi Berbasis Aplikasi dalam Meningkatkan Efektivitas Kerja Pegawai di Puskesmas Meninting. *Nusantara Hasana Journal*, 3(5), 71–77. <https://doi.org/10.59003/nhj.v3i5.1148>
- Rasio, R. D., Nururly, S., & Wahyulina, S. (2026). The influence of electronic medical record implementation on medical staff performance at NTB Provincial Hospital: The moderating role of leadership and organizational culture. *Indonesian Interdisciplinary Journal of Sharia Economics*, 9(1), 2860–2874. <https://doi.org/10.31538/ijse.v9i1.8843>
- Rizky, A., Sonia, D., Fannya, P., & Putra, D. H. (2025). Efektivitas Penggunaan RME terhadap Pelayanan Poli Kesehatan Ibu Hamil Puskesmas Pancoran Jakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 8(2), 112–123. <https://doi.org/10.32585/jmiak.v8i2.7234>
- Setiawan, A. C. (2025). *Pengaruh Digital Transformation dan Digital Leadership terhadap Kinerja SDM*. Universitas Islam Sultan Agung.
- Siagian, F. C., Paramarta, V., Halim, A., Kosasih, K., & Yuliaty, F. (2025). Analisis pengaruh penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik dan kualitas sumber daya manusia terhadap kinerja pelayanan kesehatan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat Daya. *Jurnal Manajemen Terapan Dan Keuangan*, 14(3), 1521–1531.
- Situmorang, M., Mulyana, M., & Natasha, N. (2025). Efektivitas pelayanan dengan keberhasilan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Ibu Anak Athaya Medika. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 10(1), 59–68. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v10i1.1763>
- Tornatzky, L. G., Fleischer, M., & Chakrabarti, A. K. (1990). *The processes of technological innovation*. Lexington Books.
- Westerman, G., Bonnet, D., & McAfee, A. (2014). *Leading digital: Turning technology into business transformation*. Harvard Business Review Press.
- Zeike, S., Bradbury, K., Lindert, L., & Pfaff, H. (2019). Digital leadership skills and associations with psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2628. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142628>

Lampiran

Lampiran 1. Hasil Pengujian *Cross-Loading*

Indikator	Digital Leadership (X)	Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	Keberhasilan Implementasi RME (Z)
X.1	0,849	0,692	0,616
X.2	0,881	0,697	0,680
X.3	0,798	0,619	0,682
X.4	0,825	0,642	0,653
X.5	0,853	0,657	0,612
X.6	0,864	0,697	0,688
X.7	0,844	0,649	0,646
X.8	0,843	0,717	0,651
X.9	0,854	0,683	0,676
X.10	0,825	0,647	0,669
Y.1	0,743	0,942	0,761
Y.2	0,685	0,911	0,644
Y.3	0,774	0,922	0,736
Z.1	0,717	0,728	0,864
Z.2	0,718	0,651	0,865
Z.3	0,507	0,537	0,762
Z.4	0,545	0,564	0,739

Sumber: Data diolah menggunakan SmartPLS 3.0 (2026)

Lampiran 2. Hasil Pengujian HTMT dan *Bootstrap Confidence Interval*

Hubungan Antarkonstruk	HTMT	CI 2,5%	CI 97,5%
Digital Leadership (X) – Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y)	0,847	0,763	0,923
Digital Leadership (X) – Keberhasilan Implementasi RME (Z)	0,867	0,791	0,947
Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit (Y) – Keberhasilan Implementasi RME (Z)	0,880	0,809	0,957

Sumber: Data diolah menggunakan SmartPLS 3.0 (2026)