Seminar Nasional
FMI 2026 Surabaya
Prosiding

FMI Jawa Timur XVIII 2026

e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

Kerangka Konseptual Kompetensi, Kapasitas Digital, dan Keberlanjutan Institusi Rumah Sakit

Roslina Alam, Rastia Kalla, Syamsu Alam & Eka Ariaty Arfah

Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muslim, Indonesia, Makassar

Email: roslina.alam@umi.ac.id

Abstract

Hospitals in developing countries invest heavily in workforce competence and information technology capacity, yet service quality and institutional continuity do not reliably improve. This conceptual article develops a framework explaining why, rejecting two assumptions that are commonly taken for granted: that capacity converts itself into quality, and that quality converts itself into sustainability. The framework is built through theoretical synthesis across four literature streams that have largely proceeded in isolation, drawing on the dynamic capabilities view, job demands–resources theory, the sustainable human resource management perspective, and the notion of collective values as a belief system. The resulting framework comprises seven variables and thirteen propositions. Healthcare workforce competence and institutional digital capacity are proposed to contribute to institutional sustainability through service quality, with this conversion conditioned upstream by administrative burden and local wisdom implementation, and downstream by the availability of service alternatives. Its principal contribution lies in positioning structural pressure and cultural support on the same path in opposing directions, and in articulating the notion of pseudo-loyalty, that is, patient retention sustained by the absence of choice rather than by quality. The framework is testable and accompanied by an empirical research agenda with proposed measurement specifications.

Keywords healthcare workforce competence, institutional digital capacity, institutional sustainability, administrative burden, pseudo-loyalty.

1. Pendahuluan

Ada satu pemandangan yang berulang di banyak rumah sakit hari ini. Seorang perawat berdiri di samping tempat tidur pasien, tetapi punggungnya menghadap pasien dan wajahnya menghadap layar. Ia sedang bekerja, dan ia bekerja dengan sungguh-sungguh. Persoalannya, pekerjaan yang sedang ia lakukan bukanlah merawat, melainkan mencatat bahwa ia telah merawat.

Pemandangan itu merupakan gejala dari sesuatu yang lebih besar. Sepanjang dasawarsa terakhir, rumah sakit di banyak negara berkembang menanamkan modal besar pada dua hal yang diyakini menentukan mutu, yakni kompetensi tenaga kesehatan dan kapasitas teknologi informasi. Di Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan rekam medis elektronik dan mensyaratkan keterhubungan antarsistem, sebuah lompatan kebijakan yang jarang tandingannya di kawasan ini (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Pertanyaannya sederhana namun jarang diajukan secara terbuka. Setelah semua itu, apakah

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

pasien benar-benar dilayani lebih baik, dan apakah rumah sakitnya menjadi lebih berkelanjutan?

Bukti yang tersedia justru mengusik. Tinjauan sistematis dan meta-analisis atas penggunaan rekam medis elektronik menemukan keterkaitan antara intensitas penggunaan sistem dan kelelahan kerja tenaga kesehatan, dengan beban dokumentasi sebagai salah satu penyumbang utamanya (Wu dkk., 2024). Tinjauan atas upaya penanggulangannya menegaskan bahwa persoalan ini bukan gejala sementara pada masa peralihan, melainkan persoalan struktural yang menuntut penataan ulang alur kerja (Kang dan Sarkar, 2024). Kajian mengenai keterhubungan rekam medis elektronik memperlihatkan bahwa manfaatnya bagi keselamatan dan mutu bergantung pada tingkat keterpaduan yang benar-benar tercapai, bukan pada keberadaan sistemnya (Li dkk., 2022). Dengan kata lain, teknologi yang dirancang untuk membebaskan tenaga kesehatan dari pekerjaan administratif justru berpeluang mengikat mereka pada layar.

Pada saat yang sama, tekanan pada sisi tenaga kerja meningkat. Penilaian ulang atas persediaan tenaga kesehatan dunia memperkirakan kekurangan sebesar lima belas juta tenaga pada tahun 2020 yang menurun menjadi sepuluh juta pada tahun 2030, dengan selisih kepadatan mencapai enam setengah kali lipat antara negara berpendapatan tinggi dan negara berpendapatan rendah (Boniol dkk., 2022). Laporan keadaan keperawatan dunia mencatat bahwa sekitar tujuh puluh delapan persen perawat dunia terpusat di negara-negara yang hanya mewakili empat puluh sembilan persen penduduk dunia (World Health Organization, 2025). Institusi yang kehilangan tenaga terlatihnya setiap tahun sesungguhnya sedang menggerus modal yang paling mahal ia bangun, namun kehilangan itu jarang tercatat sebagai kegagalan mutu.

Kepustakaan yang tersedia berhenti terlalu cepat. Arus penelitian yang paling padat menempatkan kualitas layanan sebagai penyebab kepuasan, dan kepuasan sebagai penyebab loyalitas pasien. Rantai tersebut sahih, tetapi ia berhenti pada loyalitas seolah loyalitas adalah tujuan akhir. Tinjauan atas penerapan manajemen sumber daya manusia berkelanjutan pada sektor rumah sakit menemukan bahwa dimensi kemanusiaan dan sosial dari keberlanjutan justru paling sedikit dikaji dibanding dimensi lingkungan (Kailay dan Paposa, 2024). Artikel ini mengisi kesenjangan tersebut dengan menolak dua anggapan yang selama ini diterima begitu saja, yakni bahwa kapasitas dengan sendirinya menjelma menjadi mutu, dan bahwa mutu dengan sendirinya menjelma menjadi keberlanjutan.

Penelitian yang hendak dipertahankan dapat dirumuskan dalam satu kalimat: kompetensi dan kapasitas digital tidak menghasilkan keberlanjutan secara langsung, melainkan harus melewati kualitas layanan, dan penyaluran itu bersyarat pada beban administratif di hulu, nilai kolektif yang menaunginya, serta struktur pasar layanan di hilir. Tesis ini dapat dibantah, dan justru karena itu ia layak diuji.

2. Tinjauan Literatur

2.1 Pandangan kapabilitas dinamis

Pandangan kapabilitas dinamis menyatakan bahwa keunggulan organisasi tidak ditentukan oleh kepemilikan sumber daya, melainkan oleh kemampuan menata ulang sumber daya agar tetap

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

selaras dengan perubahan lingkungan. Pembedaan antara kapabilitas biasa dan kapabilitas dinamis menjadi penting di sini. Kepemilikan tenaga bersertifikat dan pemasangan sistem informasi merupakan kapabilitas biasa; keduanya baru menjelma menjadi keunggulan apabila ditata ulang menjadi cara kerja yang berbeda.

Kaidah tersebut memperoleh dukungan pada konteks pelayanan kesehatan. Model kemampuan adopsi digital pada rumah sakit Indonesia menegaskan bahwa manfaat teknologi bagi kinerja layanan tidak muncul dari pengadaan perangkat, melainkan dari kepemimpinan digital, literasi teknologi informasi, dan orientasi berpusat pada pasien yang menyertainya (Binsar dkk., 2024). Tinjauan sistematis mengenai tata kelola teknologi informasi pada fasilitas kesehatan memperkuat hal yang sama (Saladdin dan Handayani, 2025). Dari sinilah kualitas layanan ditempatkan sebagai variabel intervening dan bukan sebagai variabel bebas tambahan.

2.2 Teori tuntutan dan sumber daya pekerjaan

Teori ini menjelaskan bahwa setiap lingkungan kerja mengandung proses yang merusak dan proses yang memotivasi secara bersamaan. Hambatan administratif digolongkan sebagai tuntutan pekerjaan yang menyerap upaya dan perhatian. Teori inilah yang menjadi dasar penempatan beban administratif sebagai pemoderasi pada jalur hulu, dengan dukungan temuan mengenai keterkaitan antara penggunaan rekam medis elektronik dan kelelahan tenaga kesehatan (Wu dkk., 2024; Kang dan Sarkar, 2024).

2.3 Manajemen sumber daya manusia berkelanjutan

Perspektif ini berangkat dari gagasan bahwa organisasi tidak boleh mencapai kinerjanya dengan cara menghabiskan manusia yang menghasilkannya. Keberlanjutan dalam pengertian ini bukan sekadar urusan lingkungan hidup, melainkan juga urusan pemulihan dan pembaruan tenaga kerja (Kailay dan Paposa, 2024; Mousa, 2026). Dari sinilah variabel terikat diperluas menjadi keberlanjutan institusi dengan tiga dimensi, yakni keberlanjutan mutu, keberlanjutan pasar, dan keberlanjutan tenaga kerja. Dimensi ketiga paling jarang diukur padahal paling cepat terkikis, dan bukti pada konteks Indonesia memperlihatkan bahwa keputusan tenaga kesehatan bertahan ditentukan oleh kerja sama tim, imbalan, dan kesempatan bertumbuh (Wardhani dan Hariyati, 2023; Al Zamel dkk., 2020).

2.4 Nilai kolektif sebagai sistem keyakinan

Kompetensi dan kapasitas digital merupakan perangkat dan kemampuan; keduanya tidak memuat arah penggunaan. Arah tersebut diberikan oleh nilai yang hidup bersama pada diri para pelaksana. Pada masyarakat Bugis-Makassar, nilai tersebut terumus dalam sipakatau yang bermakna saling memanusiakan, sipakainge yang bermakna saling mengingatkan, dan sipakalebbi yang bermakna saling memuliakan. Bukti bahwa nilai lokal dapat memperbaiki mutu layanan melalui penguatan motivasi dan komunikasi telah ditemukan pada konteks pelayanan publik di kawasan yang berdekatan secara kultural (Mustikasari dkk., 2024).

Satu penegasan diperlukan. Konstruk kearifan lokal dalam kerangka ini dirumuskan pada tataran fungsi, yakni memanusiakan, saling mengingatkan, dan memuliakan, sedangkan

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

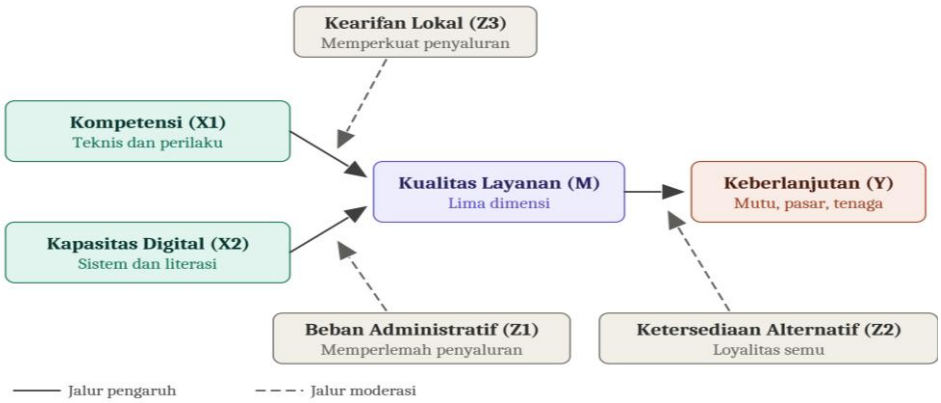
ungkapan Bugis-Makassar ditempatkan sebagai contoh perwujudan dan bukan sebagai isi konstruk. Perumusan demikian menjaga agar kerangka tetap dapat diterapkan pada wilayah budaya lain tanpa kehilangan akar kulturalnya.

2.5 Daya tarik alternatif dan gagasan loyalitas semu

Kepustakaan pemasaran jasa telah lama menempatkan daya tarik alternatif sebagai pemoderasi hubungan antara kepuasan dan kesetiaan, dengan alasan bahwa kesetiaan yang teramati pada keadaan tanpa pilihan tidak dapat ditafsirkan sama dengan kesetiaan pada keadaan berpilihan luas (Chuah dkk., 2017). Kerangka ini memindahkan gagasan tersebut ke ranah pelayanan kesehatan dengan satu penyesuaian penting, yakni bahwa ketersediaan alternatif diusulkan diukur sebagai keadaan wilayah yang objektif berupa kepadatan fasilitas, jarak tempuh, dan pilihan rujukan, bukan sebagai persepsi. Penyesuaian ini menjadikannya penanda struktur pasar layanan sekaligus menghindarkannya dari bias metode tunggal.

2.6 Kerangka Konseptual dan Pengembangan Proposisi

Kerangka yang diusulkan disajikan pada Gambar 1. Garis utuh menunjukkan jalur pengaruh, sedangkan garis putus-putus menunjukkan jalur moderasi.



Gambar 1. Kerangka Konseptual yang Diusulkan

Susunan variabel beserta kedudukan dan spesifikasi pengukuran yang diusulkan disajikan pada Tabel 1.

e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

Tabel 1. Usulan Spesifikasi Variabel

Kode	Variabel	Kedudukan	Spesifikasi	Dimensi
X1	Kompetensi tenaga kesehatan	Bebas	Orde dua formatif	Teknis-klinis; perilaku dan komunikasi; etis-profesional
X2	Kapasitas digital institusi	Bebas	Orde dua formatif	Infrastruktur dan sistem; literasi digital; pemanfaatan data
M	Kualitas layanan	Intervening	Orde dua reflektif	Tangible; reliability; responsiveness; assurance; empathy
Y	Keberlanjutan institusi	Terikat	Orde dua formatif	Keberlanjutan mutu; keberlanjutan pasar; keberlanjutan tenaga kerja
Z1	Beban administratif	Moderasi	Orde satu reflektif	Tekanan dokumentasi; porsi waktu non-klinis
Z2	Ketersediaan alternatif layanan	Moderasi	Orde satu formatif	Kepadatan fasilitas; jarak tempuh; pilihan rujukan
Z3	Implementasi kearifan lokal	Moderasi	Orde satu reflektif	Memanusiakan; saling mengingatkan; memuliakan

2.7 Jalur utama

Kompetensi tenaga kesehatan merupakan sumber daya paling langsung yang menentukan mutu interaksi layanan. Dimensi teknis-klinis menentukan ketepatan penanganan, dimensi perilaku dan komunikasi menentukan kejelasan interaksi, sedangkan dimensi etis-profesional menentukan rasa aman dan keadilan yang dirasakan penerima jasa. Kapasitas digital menopang mutu melalui tiga jalur, yakni pemendekan waktu tunggu, pengurangan kekeliruan pencatatan, serta penjadwalan dan alokasi tenaga yang lebih sesuai dengan beban layanan (Li dkk., 2022; Binsar dkk., 2024).

P1. Kompetensi tenaga kesehatan berhubungan positif dengan kualitas layanan.

P2. Kapasitas digital institusi berhubungan positif dengan kualitas layanan.

Mutu layanan menopang ketiga dimensi keberlanjutan sekaligus. Pada dimensi mutu, layanan yang andal tercermin pada pencapaian indikator klinis. Pada dimensi pasar, mutu yang dirasakan mendorong kunjungan ulang dan rujukan lisan. Pada dimensi tenaga kerja, lingkungan yang mampu menghasilkan mutu secara ajek umumnya juga merupakan lingkungan yang membuat tenaga kesehatan bertahan (Wardhani dan Hariyati, 2023).

P3. Kualitas layanan berhubungan positif dengan keberlanjutan institusi.

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

Selain melalui mutu layanan, kedua sumber daya tersebut diduga menyumbang langsung pada keberlanjutan. Kompetensi yang terpelihara menopang kaderisasi antargenerasi, sedangkan kapasitas digital yang matang menopang ketertelusuran mutu dan kesiapan menghadapi perubahan skema pembiayaan. Jalur langsung ini diajukan bukan untuk menambah proposisi, melainkan karena dari perbandingannya dengan jalur tidak langsung status mediasi kelak ditetapkan.

P4. Kompetensi tenaga kesehatan berhubungan positif dengan keberlanjutan institusi.

P5. Kapasitas digital institusi berhubungan positif dengan keberlanjutan institusi.

2.8 Kualitas layanan sebagai penjelmaan

Sesuai pandangan kapabilitas dinamis, sumber daya tidak menghasilkan keunggulan secara langsung melainkan melalui penataan ulang yang menjelma menjadi cara kerja. Kompetensi yang tidak menjelma menjadi mutu interaksi hanya menjadi kualifikasi di atas kertas, dan kapasitas digital yang tidak menjelma menjadi ketepatan serta kecepatan layanan hanya menjadi belanja modal.

P6. Kualitas layanan memediasi hubungan antara kompetensi tenaga kesehatan dan keberlanjutan institusi.

P7. Kualitas layanan memediasi hubungan antara kapasitas digital institusi dan keberlanjutan institusi.

2.9 Beban administratif sebagai penyumbat

Ketika tenaga kesehatan yang cakap dibebani kewajiban pencatatan berlipat, kecakapan tersebut terserap ke pengisian sistem dan bukan ke penanganan pasien. Gejala ini menjelaskan keadaan yang lazim ditemui, yaitu institusi yang berbelanja besar untuk sistem informasi tetapi tidak menyaksikan perbaikan mutu yang sepadan. Beban administratif karena itu tidak ditempatkan sebagai penyebab langsung menurunnya mutu, melainkan sebagai kondisi yang menentukan seberapa besar kapasitas dapat tersalur menjadi mutu.

P8. Beban administratif memperlemah hubungan antara kompetensi tenaga kesehatan dan kualitas layanan.

P9. Beban administratif memperlemah hubungan antara kapasitas digital institusi dan kualitas layanan.

Proposisi P9 mengandung ketegangan yang disengaja, dan di situlah letak nilainya. Kapasitas digital diusulkan menaikkan mutu pada P2, namun kapasitas digital pula yang lazim menjadi sumber beban pencatatan. Pertemuan keduanya memunculkan pertanyaan yang belum terjawab dalam kepustakaan, yakni pada tingkat beban administratif berapa manfaat digitalisasi mulai termakan oleh biayanya sendiri.

2.10 Kearifan lokal sebagai penguat

Berbeda dari beban administratif yang menyumbat, nilai kolektif bekerja sebagai penguat. Nilai

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

memanusiakan mendorong kompetensi komunikasi terwujud dalam interaksi yang sungguh-sungguh dan bukan sekadar pemenuhan prosedur. Nilai saling mengingatkan menjadikan kekeliruan tertangkap lebih dini oleh sesama sejawat sehingga kompetensi teknis terjaga dalam praktik. Nilai memuliakan menjadikan penggunaan sistem informasi tetap berpihak pada kepentingan pasien dan bukan semata pada kepentingan pelaporan.

P10. Implementasi kearifan lokal memperkuat hubungan antara kompetensi tenaga kesehatan dan kualitas layanan.

P11. Implementasi kearifan lokal memperkuat hubungan antara kapasitas digital institusi dan kualitas layanan.

2.11 Struktur pasar dan loyalitas semu

Pada jalur hilir, keterkaitan antara mutu layanan dan keberlanjutan diduga tidak seragam antarwilayah. Di wilayah dengan pilihan fasilitas yang luas, penerima jasa dapat berpindah dengan mudah sehingga mutu benar-benar menentukan kelangsungan. Di wilayah dengan pilihan terbatas, penerima jasa kembali sekalipun mutunya biasa saja, karena ketiadaan pilihan menahan mereka.

P12. Ketersediaan alternatif layanan di wilayah memperlemah hubungan antara kualitas layanan dan keberlanjutan institusi.

Dari proposisi inilah gagasan loyalitas semu dirumuskan. Konsekuensinya tajam dan berlawanan dengan intuisi kebijakan: koefisien jalur kualitas layanan menuju keberlanjutan yang tinggi pada wilayah berpilihan terbatas justru tidak boleh dibaca sebagai pertanda baik, melainkan sebagai pertanda bahwa keberlanjutan di wilayah tersebut ditopang oleh ketiadaan pilihan dan bukan oleh mutu.

2.12 Moderasi tiga arah

Apabila beban administratif menyumbat dan kearifan lokal menguatkan pada jalur yang sama, secara logis dapat diajukan dugaan bahwa nilai kolektif mampu menahan sebagian kerusakan yang ditimbulkan tekanan administratif. Dugaan ini secara teoretis paling kaya karena menyatakan bahwa kebersamaan dapat menjadi penyangga terhadap tekanan struktural.

P13. Implementasi kearifan lokal melemahkan pengaruh negatif beban administratif pada hubungan antara kapasitas digital institusi dan kualitas layanan.

3. Metode Penelitian

Artikel ini merupakan artikel konseptual yang tidak menyajikan data empiris. Kerangka dibangun melalui sintesis teoretis, yakni penggabungan beberapa perspektif teoretis yang selama ini berjalan terpisah ke dalam satu bangunan penjelasan yang saling menopang. Prosedurnya berlangsung dalam empat langkah.

Langkah pertama adalah pemetaan atas empat arus kepustakaan yang relevan, yakni kapasitas digital dan kinerja layanan, beban dokumentasi dan dampaknya pada tenaga kesehatan, keberlanjutan pada pengelolaan sumber daya manusia sektor kesehatan, serta nilai lokal dan

e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

mutu layanan. Langkah kedua adalah penetapan celah, yakni pengenalan atas hal yang belum dijelaskan oleh keempat arus tersebut ketika masing-masing berdiri sendiri. Langkah ketiga adalah pemilihan pilar teoretis yang mampu menjembatani keempatnya. Langkah keempat adalah perumusan proposisi beserta usulan operasionalisasinya.

Penelusuran kepustakaan diarahkan pada terbitan berkala bereputasi pada rentang 2020 sampai 2026, dengan pengecualian bagi sumber asli kaidah pengukuran yang secara konvensi tetap dirujuk pada terbitan aslinya.

4. Hasil dan Pembahasan

Kedudukan kerangka terhadap kepustakaan. Pemetaan atas kepustakaan memperlihatkan bahwa empat arus penelitian yang relevan berjalan sendiri-sendiri. Arus kapasitas digital berbicara tentang perangkat dan tata kelola tanpa menyinggung beban yang ditimbulkannya. Arus beban dokumentasi berbicara tentang kelelahan tenaga kesehatan tanpa menghubungkannya dengan mutu layanan dan kelangsungan lembaga. Arus keberlanjutan berbicara tentang manusia tanpa mengukurnya bersama mutu dan pasar. Arus nilai lokal berbicara tentang budaya sebagai penyebab langsung, bukan sebagai penguat jalur.

Tabel 2. Kedudukan Kerangka terhadap Kepustakaan Terkini

Aspek	Keadaan Kepustakaan	Kedudukan Kerangka Ini
Variabel terikat	Rantai berhenti pada kepuasan dan kesetiaan pasien	Diperluas menjadi keberlanjutan institusi tiga dimensi, termasuk dimensi tenaga kerja
Hulu rantai	Ditempatkan pada persepsi penerima jasa terhadap mutu	Ditarik ke kompetensi dan kapasitas digital sebagai sumber daya lembaga
Sifat hubungan	Hubungan kapasitas dan mutu diperlakukan sebagai hubungan otomatis	Diperlakukan sebagai hubungan bersyarat, dengan penyumbat dan penguat pada jalur yang sama
Pembacaan kesetiaan	Kunjungan ulang dibaca sebagai bukti mutu	Diperkenalkan loyalitas semu melalui struktur pasar wilayah

Inti sumbangan kerangka ini terletak pada aspek ketiga, yakni penempatan tekanan struktural dan penopang kultural pada jalur yang sama dengan arah berlawanan. Penempatan tersebut bukan sekadar susunan variabel, melainkan pernyataan teoretis bahwa nasib penanaman modal pada manusia dan teknologi ditentukan oleh keadaan kerja dan nilai yang menaunginya.

Implikasi teoretis. Kerangka ini menyumbang pada tiga percakapan. Pertama, pada kajian kapabilitas dinamis, dengan menunjukkan bahwa proses penataan ulang sumber daya dapat tersumbat oleh tuntutan administratif yang lahir justru dari sumber daya itu sendiri. Kedua, pada kajian manajemen sumber daya manusia berkelanjutan, dengan menempatkan keberlanjutan

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

tenaga kerja sebagai dimensi yang setara dengan keberlanjutan mutu dan pasar. Ketiga, pada kajian nilai lokal dalam organisasi, dengan memindahkan kearifan lokal dari kedudukan sebagai penyebab langsung menjadi kondisi yang menguatkan penyaluran kapasitas.

Implikasi praktis. Bagi manajemen rumah sakit, kerangka ini memberi dasar untuk menimbang ulang beban pencatatan yang dibebankan kepada tenaga kesehatan, karena beban tersebut berpotensi meniadakan manfaat penanaman modal pada pelatihan dan sistem informasi. Bagi pengelola sumber daya manusia, kerangka ini menegaskan bahwa penguatan nilai kolektif bukan kegiatan seremonial melainkan pengungkit yang bekerja pada jalur yang sama dengan pelatihan teknis.

Implikasi kebijakan. Bagi pemangku kebijakan sektor kesehatan, gagasan loyalitas semu memberi peringatan metodologis yang penting. Angka kunjungan ulang yang tinggi pada wilayah dengan pilihan fasilitas terbatas tidak dapat dijadikan dasar tunggal untuk menyimpulkan bahwa mutu layanan di wilayah tersebut telah memadai. Penilaian mutu pada wilayah semacam itu perlu bersandar pada indikator klinis yang terdokumentasi, bukan pada penanda perilaku penerima jasa. Kerangka ini juga mengusulkan pergeseran dalam cara kemajuan digitalisasi dinilai. Selama kemajuan diukur dari kepemilikan sistem, institusi akan terdorong memenuhi persyaratan tanpa mengubah cara kerja. Penilaian yang bersandar pada keterpakaian, keterpaduan, dan beban yang ditimbulkannya akan memberi gambaran yang lebih dekat pada kenyataan.

Agenda Riset Empiris. Kerangka ini disusun agar dapat diuji, dan usulan pengujiannya diuraikan berikut ini sebagai agenda dan bukan sebagai laporan pelaksanaan. Pengujian disarankan menggunakan pemodelan persamaan struktural berbasis varians dengan bantuan perangkat lunak SmartPLS, mengingat kerangka memuat konstruk formatif, empat konstruk orde dua, serta gabungan jalur mediasi dan moderasi dalam satu model (Hair dkk., 2022; Henseler, 2021; Cheah dkk., 2024). Konstruk orde dua ditangani dengan pendekatan dua tahap terpisah (Sarstedt dkk., 2019). Ukuran sampel minimum ditetapkan dengan metode akar kuadrat terbalik dan bukan dengan kaidah sepuluh kali, mengingat kerumitan model (Kock dan Hadaya, 2018). Empat catatan perancangan perlu diperhatikan peneliti yang hendak mengujinya. Pertama, konstruk ketersediaan alternatif layanan sebaiknya dihimpun dari data sekunder berupa kepadatan fasilitas dan jarak tempuh, bukan dari persepsi responden, agar terbebas dari bias metode tunggal. Kedua, butir konstruk kearifan lokal wajib dirumuskan sebagai praktik yang dapat diamati dan bukan sebagai keyakinan yang dianut. Instrumen nilai budaya lazim menghasilkan skor tinggi yang seragam, dan tanpa varians yang memadai proposisi P10 dan P11 tidak dapat diuji secara bermakna berapa pun besar sampelnya. Ketiga, lokasi pengujian sebaiknya mencakup wilayah dengan kepadatan fasilitas yang berbeda-beda. Penelitian berlokasi tunggal secara rancangan tidak memiliki keragaman struktur pasar yang diperlukan untuk menguji proposisi P12. Keempat, proposisi P13 merupakan moderasi tiga arah yang secara statistik paling rapuh, sehingga sebaiknya diperlakukan sebagai analisis penjajakan dan tidak dijadikan penentu kesimpulan pokok.

Kota Makassar diusulkan sebagai konteks pengujian awal karena memiliki jumlah rumah sakit

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

yang memadai dengan keragaman kepemilikan dan kelas yang lebar, sekaligus memiliki perbedaan kepadatan fasilitas antarkecamatan yang menyediakan varians bagi konstruk ketersediaan alternatif layanan.

5. Kesimpulan

Artikel ini menawarkan kerangka konseptual yang menjelaskan mengapa penanaman modal pada kompetensi tenaga kesehatan dan kapasitas teknologi informasi tidak selalu berbuah keberlanjutan institusi. Jawaban yang diusulkan bukan terletak pada besaran penanaman modal, melainkan pada kondisi yang menentukan apakah kapasitas tersebut dapat tersalur menjadi mutu, dan apakah mutu tersebut bermakna bagi kelangsungan lembaga.

Tiga kondisi diajukan. Beban administratif menyumbat penyaluran di hulu. Implementasi kearifan lokal menguatkannya. Struktur pasar layanan wilayah menentukan apakah mutu benar-benar menentukan kelangsungan di hilir. Ketegangan antara tekanan struktural dan penopang kultural pada jalur yang sama merupakan sumbangan utama kerangka ini.

Sebagai artikel konseptual, keterbatasannya jelas dan dinyatakan secara terbuka. Seluruh proposisi belum diuji secara empiris, dan konstruk kearifan lokal yang dirumuskan pada tataran fungsi masih memerlukan pengesahan lintas wilayah budaya. Keduanya merupakan undangan bagi penelitian lanjutan, bukan kelemahan yang disembunyikan.

Referensi

Al Zamel, L. G., Abdullah, K. L., Chan, C. M., & Piaw, C. Y. (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. Home Health Care Management and Practice, 32(4), 218–228.

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

Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Global Health, 7(6), e009316.

Cheah, J.-H., Magno, F., & Cassia, F. (2024). Reviewing the SmartPLS 4 software: The latest features and enhancements. Journal of Marketing Analytics, 12(1), 97–107.

Chuah, S. H. W., Marimuthu, M., Kandampully, J., & Bilgihan, A. (2017). What drives Gen Y loyalty? Understanding the mediated moderating roles of switching costs and alternative attractiveness in the value-satisfaction-loyalty chain. Journal of Retailing and Consumer Services, 36, 124–136.

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2022). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) (3rd ed.). Sage.

Henseler, J. (2021). Composite-based structural equation modeling: Analyzing latent and emergent variables. Guilford Press.

FMI Jawa Timur XVIII 2026
e-ISSN: 3026-4499
Vol. 4
20-22 Oktober 2026

Kailay, M., & Paposa, K. K. (2024). Sustainable human resource management in the hospital sector: A review of literature. Journal of Health Management. https://doi.org/10.1177/09720634231216062

Kang, C., & Sarkar, I. N. (2024). Interventions to reduce electronic health record-related burnout: A systematic review. Applied Clinical Informatics, 15(1), 10–25.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Kock, N., & Hadaya, P. (2018). Minimum sample size estimation in PLS-SEM: The inverse square root and gamma-exponential methods. Information Systems Journal, 28(1), 227–261.

Li, E., Clarke, J., Ashrafian, H., Darzi, A., & Neves, A. L. (2022). The impact of electronic health record interoperability on safety and quality of care in high-income countries: Systematic review. Journal of Medical Internet Research, 24(9), e38144.

Mousa, S. K. (2026). Driving healthcare socio-economic sustainability through green HRM: Innovation and strategic environmental approaches. Corporate Social Responsibility and Environmental Management. https://doi.org/10.1002/csr.70187

Mustikasari, V. D., Supriyono, B., Riyanto, R., & Wike, W. (2024). The role of work culture based on local wisdom of Ide to Malaqbi and bureaucratic reform in enhancing the effectiveness of public service performance. Journal of Management World, 2024(4), 477–483.

Saladdin, I. R., & Handayani, P. W. (2025). Information technology governance implementation challenges in healthcare facilities: A systematic literature review. SAGE Open. https://doi.org/10.1177/21582440251369322

Sarstedt, M., Hair, J. F., Cheah, J.-H., Becker, J.-M., & Ringle, C. M. (2019). How to specify, estimate, and validate higher-order constructs in PLS-SEM. Australasian Marketing Journal, 27(3), 197–211.

Wardhani, U. C., & Hariyati, R. T. S. (2023). Retaining employment in the hospital setting: A descriptive phenomenological study of Indonesian nurses' experiences. Belitung Nursing Journal, 9(2), 159–164.

World Health Organization. (2025). State of the world's nursing 2025. WHO.

Wu, Y., Wu, M., Wang, C., Lin, J., Liu, J., & Liu, S. (2024). Evaluating the prevalence of burnout among health care professionals related to electronic health record use: Systematic review and meta-analysis. JMIR Medical Informatics, 12, e54811.

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal.

This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)