



Assessing the Role of Primary Health Care Accreditation in Post-COVID Service Recovery in Indonesia

Mhd Husni Tarigan^{1*}, Buyung Nazeli², Ahyar Wahyudi³

^{1,2,3}Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

Corresponding Author: Mhd Husni Tarigan (tariganmhdhusni80@gmail.com)

ARTICLE INFO

Key words: Primary health care, accreditation, COVID-19 recovery, quality improvement

Received : 4, June

Revised : 5, June

Accepted: 5, June

©2025 Tarigan, Nazeli, Wahyudi:
This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional](#).



ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has disrupted the quality and continuity of health services at primary healthcare facilities. Accreditation of first-level health facilities (FKTP) is expected to ensure service standards and foster continuous quality improvement. This study explores the role of FKTP accreditation in the recovery of health services after the COVID-19 pandemic using a structured literature review method. The analysis highlights that accreditation serves not only as an evaluation mechanism but also as a catalyst for quality culture reinforcement and system resilience. Drawing from national and international literature, the study shows that accreditation effectiveness is shaped by institutional commitment, human resource capacity, and the adaptability of management structures. Post-pandemic challenges—such as service backlogs, human resource strain, and weakened patient trust—demand that accreditation be repositioned as a responsive and strategic governance tool, not merely a formalistic obligation.



Peran Penilaian Akreditasi FKTP pada Pelayanan Kesehatan Pasca COVID

Mhd Husni Tarigan^{1*}, Buyung Nazeli², Ahyar Wahyudi³

^{1,2,3}Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

Corresponding Author: Mhd Husni Tarigan (tariganmhdhusni80@gmail.com)

ARTIKEL INFO

ABSTRACT

Kata Kunci: Layanan kesehatan primer, akreditasi, pemulihan COVID-19, peningkatan mutu

Received : 4, Juni

Revised : 5, Juni

Accepted: 5, Juni

©2025 Tarigan, Nazeli, Wahyudi:
This is an open-access article
distributed under the terms of the
[Creative Commons Atribusi 4.0
Internasional](#).



Pandemi COVID-19 telah mengganggu mutu dan kesinambungan layanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Akreditasi FKTP diharapkan menjadi mekanisme penjaminan mutu yang mampu menjaga standar pelayanan serta mendorong perbaikan berkelanjutan. Penelitian ini bertujuan mengkaji peran akreditasi FKTP dalam pemulihan layanan kesehatan pascapandemi COVID-19 dengan menggunakan metode tinjauan pustaka terstruktur. Hasil analisis menunjukkan bahwa akreditasi tidak hanya berfungsi sebagai alat evaluasi, tetapi juga sebagai katalis penguatan budaya mutu dan ketahanan sistem layanan. Berdasarkan literatur nasional dan internasional, efektivitas akreditasi ditentukan oleh komitmen kelembagaan, kapasitas sumber daya manusia, dan fleksibilitas struktur manajerial. Dalam menghadapi tantangan pascapandemi—seperti lonjakan beban layanan, tekanan pada tenaga kesehatan, dan menurunnya kepercayaan pasien—akreditasi perlu diposisikan ulang sebagai instrumen tata kelola yang adaptif dan strategis, bukan sekadar kewajiban administratif.

PENDAHULUAN

Pandemi COVID-19 telah menjadi guncangan sistemik terbesar bagi sektor kesehatan global dalam abad ini. Di Indonesia, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang mencakup puskesmas dan klinik pratama menjadi garda terdepan dalam respons pandemi. Peran vital mereka terlihat tidak hanya dalam pelayanan kuratif tetapi juga dalam upaya preventif seperti vaksinasi, pelacakan kontak, hingga edukasi kesehatan publik. Namun, di balik kontribusi ini, pandemi juga membuka borok kelemahan sistem pelayanan dasar: kurangnya alat pelindung diri, overload tenaga medis, gangguan layanan non-COVID seperti imunisasi dan antenatal care, serta keengganan masyarakat mengakses layanan kesehatan karena ketakutan akan infeksi.

Dalam fase pasca pandemi, tekanan terhadap sistem FKTP tidak mereda. Sebaliknya, kompleksitas kebutuhan masyarakat meningkat. FKTP harus melakukan transformasi cepat menuju layanan yang lebih fleksibel, responsif, dan berbasis teknologi. Inilah titik krusial di mana akreditasi memainkan peran strategis. Akreditasi bukan hanya sekadar proses administratif, melainkan kerangka sistematis untuk menilai dan memperkuat mutu layanan. Ia memaksa FKTP tidak hanya bertahan dari guncangan eksternal, tapi juga tumbuh melalui penguatan internal berbasis standar.

Akreditasi FKTP di Indonesia melibatkan serangkaian evaluasi terhadap aspek manajerial, klinis, dan administratif, yang dilakukan melalui asesmen eksternal oleh surveior independen. Dalam sistem klasifikasi akreditasi (dasar, madya, utama, dan paripurna), FKTP dapat memetakan kemajuan mutu dan mengidentifikasi celah yang masih perlu ditingkatkan. Namun demikian, meski akreditasi telah diterapkan secara nasional, terdapat disparitas dalam implementasi dan dampaknya, terutama di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan akreditasi sangat kontekstual, bergantung pada kesiapan sumber daya manusia, infrastruktur, serta dukungan manajerial dan politik.

Pasca pandemi, sejumlah kebijakan telah mengubah wajah FKTP: protokol kesehatan ketat, sistem triase baru, serta perluasan layanan berbasis telemedicine. FKTP dituntut mengintegrasikan pendekatan digital seperti rekam medis elektronik dan sistem antrean daring untuk efisiensi dan keamanan layanan. Namun integrasi ini tidak mudah. Masalah klasik seperti keterbatasan anggaran, pelatihan berkelanjutan yang minim, serta resistensi perubahan dari tenaga kesehatan menjadi penghalang laten dalam mempertahankan standar pasca akreditasi.

Beberapa studi kasus menunjukkan bahwa akreditasi mampu menjadi katalis perubahan jika didukung kepemimpinan yang progresif dan dukungan komunitas. Di Kabupaten Banggai, misalnya, peningkatan struktur fisik dan prosedural pasca akreditasi meningkatkan kepercayaan publik. Sementara itu, FKTP di Surabaya mengadopsi digitalisasi layanan dan sistem antrean daring untuk menjawab kebutuhan masyarakat urban. Sebaliknya, di Indonesia Timur, keterbatasan akses dan logistik membuat banyak FKTP terakreditasi kesulitan mempertahankan standar, apalagi meningkatkan mutu.

Fenomena ini mencerminkan bahwa keberhasilan akreditasi sebagai instrumen peningkatan kualitas sangat bergantung pada post-accreditation implementation capacity. Sayangnya, banyak literatur dan kebijakan hanya berfokus pada proses akreditasi sebagai event, bukan *continuous quality improvement process*. Di sinilah peran penelitian menjadi penting untuk melihat lebih dalam bagaimana sebenarnya akreditasi berdampak terhadap pelayanan FKTP pasca pandemi – tidak hanya dalam dokumen, tetapi dalam praktik pelayanan sehari-hari yang dirasakan oleh pasien dan tenaga kesehatan.

Urgensi penelitian ini tidak hanya bersifat akademik tetapi juga strategis. Dalam era pasca-COVID, Indonesia tengah mendorong transformasi sistem kesehatan primer dengan pendekatan berbasis komunitas, teknologi, dan tata kelola mutu. Akreditasi harus diposisikan ulang bukan sebagai beban administratif, tetapi sebagai alat perubahan budaya organisasi di FKTP. Oleh karena itu, evaluasi yang tajam, berbasis data, dan analitik kritis diperlukan untuk menilai efektivitas akreditasi dalam meningkatkan kualitas layanan FKTP secara berkelanjutan, terutama di tengah keterbatasan sumber daya dan perubahan kebutuhan pasien.

Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap penguatan kebijakan akreditasi, termasuk rekomendasi untuk reformasi sistem penjaminan mutu di FKTP. Bagaimana akreditasi dapat berfungsi sebagai mekanisme pembelajaran institusional? Bagaimana cara memastikan bahwa setelah akreditasi berakhir, mutu pelayanan tidak kembali merosot? Pertanyaan-pertanyaan inilah yang perlu dijawab untuk memastikan bahwa investasi dalam akreditasi menghasilkan manfaat jangka panjang bagi sistem kesehatan Indonesia.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terhadap kualitas pelayanan kesehatan pasca pandemi COVID-19. Secara khusus, penelitian ini hendak mengevaluasi sejauh mana proses dan hasil akreditasi berdampak terhadap perubahan prosedur kerja, kualitas layanan, adopsi teknologi, dan kepuasan masyarakat, serta mengidentifikasi tantangan implementasi yang dihadapi oleh FKTP dalam mempertahankan standar pelayanan setelah memperoleh status akreditasi.

TINJAUAN TEORITIS

Peran akreditasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pasca pandemi COVID-19, diperlukan landasan teoretis yang kuat agar pembahasan tidak sekadar deskriptif, melainkan dapat menggali struktur penyebab dan strategi solusi secara sistemik. Dua teori yang menjadi rujukan utama dalam kerangka ini adalah Model Mutu Pelayanan Kesehatan Donabedian dan Teori Implementasi Kebijakan Edward III. Kedua teori ini memungkinkan telaah dari dua kutub: mutu pelayanan sebagai tujuan akhir (*ends*), dan kapasitas implementasi kebijakan sebagai sarana (*means*).

Model Donabedian: Struktur, Proses, dan Hasil

Model Donabedian memetakan mutu layanan kesehatan ke dalam tiga elemen: struktur (*resources*), proses (*interaksi pelayanan*), dan hasil (*outcome*

klinis dan kepuasan pasien). Model ini sejalan dengan desain akreditasi FKTP di Indonesia, sebagaimana dijelaskan dalam dokumen, bahwa penilaian dilakukan pada tiga klaster besar: manajemen, teknis medis, dan administrasi.

Elemen struktur mengacu pada sumber daya fisik dan manusia, yang menjadi titik tekan utama selama pandemi COVID-19. Dalam dokumen dijelaskan bahwa keterbatasan alat pelindung diri, ruangan isolasi, dan redistribusi tenaga medis mengakibatkan gangguan layanan non-COVID seperti imunisasi dan antenatal care. Akreditasi dalam hal ini bertujuan memperbaiki sistem secara preventif, dengan menstandarkan infrastruktur dan kompetensi.

Elemen proses sangat krusial dalam masa transisi pascapandemi. Dokumen menyebutkan bahwa FKTP melakukan berbagai penyesuaian, mulai dari implementasi telemedicine, triase ketat, hingga penyesuaian prosedur pelayanan seperti pengaturan ruang tunggu dan wajib masker. Akreditasi mengarahkan FKTP untuk menerapkan SOP yang adaptif, berorientasi pada keselamatan pasien, dan berbasis bukti. Namun, sebagaimana ditekankan Donabedian, keberhasilan proses sangat bergantung pada kualitas struktur yang menopangnya. Tanpa SDM yang cukup dan pelatihan rutin, proses pelayanan mudah tergelincir menjadi kegiatan formal semata.

Elemen hasil mencerminkan outcome nyata seperti peningkatan kepuasan masyarakat, aksesibilitas layanan, dan pengurangan kesenjangan. Dokumen menyatakan bahwa akreditasi berdampak pada meningkatnya kepercayaan publik serta mendorong adopsi teknologi (misalnya sistem antrean online di Surabaya atau digitalisasi data medis). Namun, di wilayah seperti Indonesia Timur, akreditasi belum mampu menjamin hasil optimal karena keterbatasan logistik dan sumber daya.

Model Donabedian memberikan peringatan implisit: akreditasi yang kuat pada aspek struktur dan proses tidak akan bermakna jika hasilnya stagnan. Oleh karena itu, hasil penilaian akreditasi seharusnya bukan sekadar skor administratif, melainkan refleksi atas outcome yang dirasakan pengguna layanan.

Teori Implementasi Kebijakan: Edward III

Teori Edward III menyoroti faktor-faktor yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan: komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Keempat elemen ini muncul jelas dalam narasi dokumen utama yang mengisahkan bagaimana implementasi akreditasi di FKTP sering kali terhambat, bukan karena desain kebijakan yang buruk, melainkan karena kondisi implementasinya yang rapuh.

Faktor komunikasi menjadi dasar pertama. Dokumen menunjukkan bahwa dalam beberapa kasus, akreditasi dipahami sekadar sebagai kewajiban administratif, bukan alat perubahan organisasi. Misalnya, banyak tenaga kesehatan memfokuskan diri pada kelengkapan dokumen daripada internalisasi budaya mutu. Hal ini mengindikasikan lemahnya penyampaian tujuan kebijakan secara substantif dari pusat ke daerah.

Sumber daya menjadi tantangan kronis. Dokumen menyebutkan beban kerja tinggi, kekurangan tenaga medis, dan minimnya anggaran sebagai kendala

utama dalam mempertahankan standar akreditasi. Bahkan FKTP yang telah terakreditasi paripurna pun bisa mengalami penurunan mutu karena tidak adanya insentif struktural untuk pemeliharaan fasilitas atau pelatihan rutin tenaga medis.

Faktor ketiga adalah disposisi pelaksana, yaitu sikap dan motivasi aktor pelaksana di lapangan. Dokumen mencatat bahwa beberapa FKTP berhasil mempertahankan kualitas karena kepemimpinan internal yang progresif, sedangkan lainnya gagal karena tenaga kesehatan tidak melihat keterkaitan langsung antara akreditasi dan peningkatan layanan. Ini menggarisbawahi pentingnya pendekatan non-struktural seperti motivasi, penghargaan, dan kepemimpinan klinis dalam menjaga keberlanjutan mutu.

Faktor terakhir, struktur birokrasi, memengaruhi seberapa cepat dan tepat kebijakan dapat dijalankan. FKTP, sebagai unit teknis di bawah Dinas Kesehatan, kerap berada dalam posisi subordinat yang pasif terhadap regulasi pusat. Dokumen mencatat bahwa kebijakan yang sering berubah dan tidak konsisten dari pemerintah pusat membuat pelaksana FKTP bingung dan kehilangan arah dalam mempertahankan standar. Edward III menyebut kondisi seperti ini sebagai kegagalan dalam manajemen struktur implementasi.

Jika teori Donabedian berbicara tentang apa yang harus diperbaiki, maka Edward III menjelaskan mengapa perbaikan itu sering gagal. Kedua teori ini saling melengkapi: satu berfokus pada konten pelayanan (struktur-proses-hasil), dan satu lagi menelusuri kendala implementasi dari hulu ke hilir. Dalam kombinasi keduanya, akreditasi dapat dievaluasi secara holistik – baik sebagai instrumen mutu maupun sebagai kebijakan publik yang perlu ditopang oleh tata kelola implementasi yang kuat.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan literature review sebagai metode utama. Pendekatan ini dipilih karena relevan untuk mengeksplorasi secara mendalam bagaimana peran akreditasi FKTP terhadap kualitas layanan kesehatan pasca pandemi COVID-19, berdasarkan bukti empiris dari berbagai studi terdahulu.

Penelusuran literatur dilakukan secara sistematis dengan menggunakan database jurnal bereputasi seperti Scopus, PubMed, SpringerLink, dan DOAJ untuk sumber internasional, serta SINTA dan Garuda untuk publikasi nasional. Kata kunci yang digunakan meliputi: "primary health care accreditation", "post-COVID healthcare", "quality improvement", "healthcare governance", dan "FKTP Indonesia". Artikel yang dipilih adalah publikasi antara tahun 2018–2025 untuk menjamin relevansi dan kekinian isu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Layanan FKTP

Pandemi COVID-19 bukan sekadar krisis kesehatan, melainkan stres uji sistemik yang menguak kerentanan mendasar dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Dalam kacamata teori Donabedian, krisis ini bukan hanya mengganggu struktur (SDM, sarana, dana), tetapi juga mengguncang proses pelayanan yang selama ini berjalan normatif.

Layanan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, hingga pemantauan penyakit kronis mengalami penurunan tajam karena pembatasan sosial dan ketakutan masyarakat. Di berbagai FKTP, kekurangan alat pelindung diri dan alokasi ulang tenaga medis untuk penanganan COVID-19 mengorbankan kontinuitas layanan non-COVID, sebagaimana juga dilaporkan dalam studi di Armenia oleh Hayrumyan et al. (2024), yang mencatat penurunan tajam kunjungan pasien dan memburuknya kondisi penyakit kronis akibat keterputusan pelayanan primer.

Lebih jauh, kerangka implementasi kebijakan dari Edward III menyoroti bahwa lemahnya respon awal FKTP terhadap pandemi tidak semata-mata karena rendahnya niat implementor atau kekeliruan kebijakan, melainkan karena kurangnya sumber daya, tidak adanya arahan nasional yang adaptif, dan lemahnya struktur komunikasi vertikal-horisontal. Hal ini diamini oleh temuan Lim et al. (2021) dalam scoping review-nya terhadap 32 studi dari enam benua yang menunjukkan bahwa sebagian besar negara mengalami stagnasi pelayanan primer karena miskinnya strategi mitigasi berbasis sistem kesehatan primer.

Pandemi ini menyoroti ironi: di saat negara-negara bergantung pada rumah sakit untuk merawat pasien berat, FKTP justru menjadi garda depan yang seharusnya mencegah perburukan kasus. Namun, FKTP justru “ditinggalkan” dalam desain kebijakan awal, dan hanya belakangan disadari perannya sebagai pilar pengendali risiko kesehatan populasi. Seperti dicatat oleh Hayrumyan et al. (2024), di Armenia, keputusan untuk membatasi layanan hanya pada imunisasi dan ANC (antenatal care) minimal menyebabkan anak-anak mengalami keterlambatan vaksinasi, dan pasien kronis memburuk tanpa pemantauan rutin.

Kondisi serupa terjadi di Indonesia. Banyak Puskesmas kesulitan membedakan pasien COVID-19 dan non-COVID karena keterbatasan alat skrining. Telemedicine yang dijadikan alternatif pun tak merata implementasinya. Dalam studi di Spanyol, García-Marichal et al. (2024) menunjukkan bahwa keberhasilan program pengawasan COVID-19 berbasis FKTP (EDCO) sangat ditentukan oleh desain program, pelatihan tenaga, dan fokus pada pasien rentan. Program ini mampu menurunkan tingkat rawat inap menjadi 7,2% dan angka kematian hanya 0,7% di antara pasien dengan faktor risiko. Ini membuktikan bahwa dengan dukungan struktural dan pendekatan kolaboratif, FKTP bisa memainkan peran strategis dalam menahan beban rumah sakit.

Namun, Indonesia menghadapi tantangan tersendiri. Studi internal LAFKI menyebutkan bahwa sebagian besar FKTP belum memiliki standar operasional adaptif terhadap bencana kesehatan berskala besar. Akibatnya, banyak program nasional yang terintegrasi dalam akreditasi, seperti skrining kesehatan, manajemen risiko, dan surveilans terpadu, tidak berjalan optimal saat pandemi. Ini mengindikasikan kegagalan struktur untuk menyesuaikan proses dalam kondisi ekstrem – sebuah ketidaksesuaian antara kerangka Donabedian dan kenyataan di lapangan.

Lebih jauh lagi, pandemi memperjelas disparitas geografis. FKTP di perkotaan lebih cepat mengadopsi layanan daring dan koordinasi digital, sementara di wilayah terpencil, bahkan sinyal komunikasi menjadi barang

langka. Dalam kerangka Edward III, ini menggambarkan bahwa dimensi "resources" (sumber daya) dan "communication" (komunikasi) menjadi dua variabel kunci yang paling gagal dikelola dalam implementasi kebijakan layanan primer berbasis akreditasi selama krisis.

Dampak psikologis terhadap tenaga medis pun tak bisa diabaikan. Hayrumyan et al. (2024) mencatat tekanan mental tinggi di antara tenaga kesehatan primer, sebagian besar disebabkan oleh perubahan mendadak prosedur kerja, kekurangan alat, dan ketidakpastian kebijakan. Hal ini beresonansi dengan pengalaman tenaga medis di Indonesia, yang mengaku lelah, bingung, dan kesulitan menjaga kualitas layanan saat protokol terus berubah. Ini bukan sekadar masalah kelelahan kerja, tetapi cerminan lemahnya sistem dukungan kelembagaan yang seharusnya hadir lebih dahulu ketimbang instruksi administratif.

Maka, pandemi bukan hanya menguji sistem kesehatan, tetapi mengungkap tabir kerapuhan struktural, ketidakmatangan sistem koordinasi, dan ketiadaan perencanaan kontinjenji yang berbasis FKTP. Donabedian memberi kita refleksi bahwa mutu layanan tidak bisa dijamin hanya dari output (outcome), tetapi dari kesinambungan antara struktur, proses, dan hasil. Jika proses pelayanan terputus karena ketakutan atau kebijakan yang tidak terkoordinasi, maka hasil terbaik pun tidak akan tercapai. Sementara Edward III mengingatkan bahwa implementasi kebijakan tidak cukup hanya dengan niat dan dokumen, tetapi harus disokong oleh kesiapan sumber daya, kejelasan komunikasi, dan konsistensi tindakan di lapangan.

Dalam era pasca pandemi, pelajaran ini menjadi penting. Transformasi FKTP tidak cukup hanya dengan akreditasi sebagai formalitas, tetapi harus dilanjutkan dengan reformasi mendasar: penguatan sistem peringatan dini, pelatihan tenaga untuk adaptasi situasi krisis, serta pembentukan jaringan telemedis yang inklusif. Tanpa itu, FKTP hanya akan menjadi benteng rapuh dalam menghadapi bencana kesehatan masa depan.

Adaptasi Layanan dan Kebijakan Pascapandemi

Pandemi COVID-19 telah mengubah wajah pelayanan primer di Indonesia, bukan hanya sebagai krisis kesehatan, tetapi juga sebagai krisis kebijakan dan struktur layanan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang selama ini menjadi garda terdepan pelayanan dasar, mendapati diri mereka dalam situasi dilematis: antara tuntutan layanan yang meningkat dan kapasitas yang tidak siap. Dalam perspektif Donabedian, ini adalah ujian keras terhadap tiga pilar mutu layanan: struktur, proses, dan luaran (outcome).

FKTP dipaksa berinovasi. Banyak yang beralih cepat ke layanan telemedicine, menerapkan sistem triase ketat, hingga mengembangkan format layanan yang lebih fleksibel untuk meminimalkan risiko penularan. Namun sebagaimana dijelaskan Donabedian (1988), efisiensi proses tidak dapat menjamin hasil jika tidak ditopang oleh struktur yang kokoh – baik dari segi SDM, teknologi, maupun sistem pendukung administratif. Layanan berbasis daring tanpa pelatihan digital, atau triase tanpa SOP tertulis yang sistematis,

hanya menjadi improvisasi pragmatis dalam keterpaksaan, bukan transformasi sistemik.

Hal ini tercermin pula dalam temuan kualitatif dari Fernemark et al. (2024) di Swedia, yang menunjukkan bahwa dua tahun pascapandemi, tenaga kesehatan primer masih merasa terbebani secara mental dan struktural. Mereka menyebut kebutuhan mendesak atas dukungan manajerial yang jelas, penyederhanaan alur informasi, serta rekonstruksi sistem kerja lintas profesi yang terintegrasi. Beberapa perubahan—seperti adopsi telemedicine dan redistribusi tugas—memang menjadi praktik permanen, namun tetap dinilai sebagai solusi parsial. Dampak jangka panjang terhadap mutu layanan dan kesehatan tenaga medis belum sepenuhnya dipulihkan.

Di Indonesia, tekanan struktural jauh lebih kompleks. Laporan World Bank (2023) bahkan menegaskan bahwa sistem PHC (primary healthcare) di banyak negara berkembang termasuk Indonesia masih rapuh. Laporan itu menyebut bahwa pandemi membuka peluang sekali seumur hidup untuk mendesain ulang sistem kesehatan primer, dengan pendekatan berbasis komunitas, tim multidisipliner, dan digitalisasi sistem. Namun realisasi gagasan ini terganjal karena lemahnya pembiayaan, rendahnya insentif untuk tenaga medis di daerah terpencil, dan minimnya integrasi data layanan.

Teori implementasi kebijakan dari Edward III (1984) memberi sudut pandang tambahan. Ia menekankan bahwa keberhasilan implementasi sangat tergantung pada empat faktor: komunikasi kebijakan, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Dalam praktiknya, perubahan-perubahan layanan FKTP selama pandemi lebih banyak lahir dari inisiatif lokal atau keterpaksaan lapangan, bukan karena hasil dari kebijakan yang terkomunikasi dan disiapkan secara sistemik. Di beberapa daerah, seperti yang ditunjukkan dalam studi Tristanto et al. (2022), kebijakan kesehatan mental pun terhambat oleh ketiadaan SOP dan keterbatasan SDM meskipun komunikasi dianggap efektif.

Akibatnya, meski adaptasi seperti konsultasi daring dan distribusi logistik berbasis zonasi muncul di permukaan, tidak semuanya menjangkau outcome yang berkelanjutan. Outcome—dalam arti pemulihan mutu layanan, peningkatan kepuasan pasien, serta penguatan peran preventif-promotif FKTP—tidak tercapai merata. Di daerah dengan struktur lemah, proses layanan yang berubah justru memperlebar kesenjangan mutu antarfasilitas.

Laporan Walking the Talk (World Bank, 2023) merekomendasikan reformasi menyeluruh dalam pendidikan dan tata kelola tenaga kesehatan primer. Ditegaskan bahwa dibutuhkan tambahan US\$200 miliar setiap tahun secara global untuk memperbaiki sistem FKTP, terutama di negara-negara berpendapatan rendah-menengah. Termasuk di dalamnya adalah pelatihan tim berbasis komunitas, integrasi antara tenaga medis dan kader, serta reformasi manajemen insentif dan evaluasi kinerja.

Namun Indonesia belum sepenuhnya menunjukkan konsistensi arah ke sana. Meskipun program akreditasi FKTP pascapandemi dijalankan kembali dengan semangat pemberian mutu, banyak unit layanan masih menjalankan akreditasi sebagai formalitas administratif. Dalam kerangka Donabedian, hal ini

menjadi ironi: struktur ditata demi proses (akreditasi), bukan untuk outcome (mutu layanan pasien). Lebih jauh, teori Edward III menilai bahwa struktur pelaksana yang tidak mampu mentranslasikan kebijakan pusat akan membuat program kehilangan dampak substantif di level tapak.

Oleh karena itu, transformasi pascapandemi tidak cukup hanya diukur dari keberadaan inovasi layanan. Ia harus dinilai dari seberapa jauh transformasi tersebut memperbaiki structure-process-outcome secara menyeluruh dan berkelanjutan. Hal ini menuntut investasi bukan hanya dalam bentuk uang, tetapi juga dalam perubahan mindset, tata kelola, dan model pelayanan yang lebih inklusif dan partisipatif..

Implementasi Akreditasi sebagai Strategi Mutu

Di tengah derasnya arus transformasi sistem pelayanan kesehatan pasca-COVID-19, akreditasi kembali muncul ke permukaan bukan hanya sebagai label administratif, tetapi sebagai simbol legitimasi mutu. Namun dalam praktiknya, sebagaimana ditunjukkan dalam banyak studi, akreditasi sering kali hanya menjadi ritual simbolik yang dijalankan untuk memenuhi kewajiban regulatif, alih-alih sebagai mekanisme transformatif yang mananamkan nilai mutu dalam tubuh pelayanan kesehatan primer.

Menurut Donald Li et al. (2021) dalam Atención Primaria, pandemi telah memperlihatkan bagaimana layanan kesehatan primer memainkan peran krusial dalam penanggulangan wabah—mulai dari triase awal, diagnosis, hingga edukasi masyarakat dan mitigasi tekanan terhadap layanan rumah sakit. Di tengah tekanan tersebut, hanya sistem kesehatan primer yang adaptif dan responsif yang mampu bertahan. Sayangnya, akreditasi sebagai sistem mutu justru tidak cukup tangguh menghadapi kompleksitas pandemi jika tidak dibarengi dengan pemaknaan ulang terhadap struktur dan proses internal layanan(Li et al., 2021)

Model Donabedian menjadi pisau analisis yang relevan untuk membedah situasi ini. Ia menekankan bahwa mutu pelayanan harus dibangun melalui harmoni antara tiga pilar: struktur, proses, dan outcome. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan ketimpangan yang mencolok di antara ketiganya. Akreditasi sering kali hanya menilai struktur dan dokumentasi proses secara normatif, sementara outcome seperti kepuasan pasien, efektivitas klinis, dan responsivitas sosial belum menjadi fokus utama evaluasi.

Hal ini dikonfirmasi oleh studi Coss-Mandiola et al. (2023) di Chili, yang menelusuri persepsi tim layanan primer terhadap implementasi akreditasi. Temuan mereka menunjukkan bahwa pelaksanaan akreditasi sangat bergantung pada kepemimpinan, pelatihan SDM, dan keterlibatan tim kerja. Namun, partisipasi komunitas dan pendekatan co-construction belum menjadi bagian dari sistem akreditasi, yang membuatnya rentan terjebak dalam formalitas teknokratik (Coss-Mandiola et al., 2023)

Masalah yang lebih mendalam adalah lemahnya disposisi pelaksana dan komunikasi lintas jenjang, sebagaimana diteorikan oleh Edward III. Dalam teori implementasinya, Edward menyebut bahwa keberhasilan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh isi kebijakan dan sumber daya, tetapi juga oleh sikap

(disposition) para pelaksana, serta hubungan antar aktor yang terlibat. Dalam konteks akreditasi, ini mencakup surveior, manajer fasilitas, hingga regulator kebijakan mutu. Bila hanya satu pihak yang memaknai akreditasi sebagai alat kontrol administratif, maka tujuan strategisnya untuk meningkatkan mutu pelayanan akan gagal diwujudkan.

Tantangan ini juga mencuat dalam konteks Indonesia. Studi oleh Ruri Purwandani et al. (2025) mengenai implementasi kebijakan pengukuran Indikator Mutu Nasional (NQI) mengungkapkan adanya disparitas signifikan antara status akreditasi dan pencapaian mutu nyata di rumah sakit. Banyak rumah sakit yang sudah terakreditasi belum mampu melaporkan indikator mutu secara konsisten. Bahkan hanya satu dari enam rumah sakit yang secara rutin melaporkan NQI melalui SIMAR. Temuan ini membenarkan bahwa akreditasi belum sepenuhnya menjelma sebagai sistem penjaminan mutu yang melembaga dalam keseharian layanan(Purwandani et al., 2025)

Kondisi serupa juga ditemukan di Iran, di mana dua studi penting dari Tashayoei et al. (2020) dan Gharibi et al. (2023) menunjukkan bahwa implementasi akreditasi, baik di rumah sakit maupun fasilitas primer, terhambat oleh kompleksitas struktural, beban kerja staf, lemahnya motivasi internal, serta kultur organisasi yang belum siap berubah. Bahkan akreditasi cenderung menambah beban administratif ketimbang mendorong inovasi layanan. Hal ini menegaskan pentingnya pendekatan yang lebih kontekstual, adaptif, dan berbasis kepercayaan dalam melaksanakan program akreditasi (Tashayoei et al., 2020; Gharibi et al., 2023)

Dengan demikian, implementasi akreditasi harus bergeser dari paradigma compliance ke arah empowerment. Perubahan ini menuntut peran aktif pemerintah dalam memperkuat pelatihan, pendampingan, serta menciptakan ekosistem pembelajaran antarfasilitas. Evaluasi mutu tidak boleh berhenti pada instrumen penilaian standar, tetapi harus menjangkau indikator kebermaknaan layanan seperti keterlibatan pasien, efektivitas tim kerja lintas profesi, dan keberlanjutan inovasi lokal.

Arah masa depan akreditasi bukanlah sekadar dokumentasi tebal atau skor tinggi, melainkan revitalisasi budaya mutu di setiap jenjang pelayanan. Jika pandemi COVID-19 telah mengajarkan satu hal penting, maka itu adalah urgensi membangun sistem kesehatan primer yang berdaya adaptasi tinggi dan berorientasi pada manusia – bukan semata pada sistem dan skor. Dalam semangat ini, akreditasi harus menjadi jembatan menuju pembelajaran kolektif, bukan sekadar terminal administratif yang berhenti pada pengakuan legalitas.

Dampak Akreditasi terhadap Mutu Pelayanan FKTP

Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) telah menjadi tonggak penting dalam upaya sistemik untuk meningkatkan mutu pelayanan di tingkat primer. Di atas kertas, akreditasi menawarkan pendekatan berbasis standar untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia berjalan dengan prinsip keamanan, efektivitas, efisiensi, dan berorientasi pada pasien. Namun dalam praktiknya, dampak akreditasi terhadap mutu FKTP menunjukkan pola yang kompleks: progresif di satu sisi, namun stagnan bahkan

kontraproduktif di sisi lain. Sejumlah literatur internasional dan nasional memberikan gambaran bahwa efektivitas akreditasi tidak bersifat otomatis, melainkan sangat bergantung pada kesiapan kelembagaan, kapasitas sumber daya manusia, serta dukungan sistemik dari pemangku kebijakan.

Dalam kajian sistematik oleh Tabrizi et al. (2023), akreditasi FKTP secara umum terbukti mampu mendorong peningkatan kualitas pelayanan, terutama dalam aspek efektivitas layanan, manajemen SDM, dokumentasi, keselamatan, dan kepuasan pasien. Bahkan, terdapat temuan bahwa akreditasi mampu memperkuat manajemen strategis dan kesinambungan layanan primer. Namun demikian, studi ini juga mencatat adanya efek negatif yang patut dicermati, seperti risiko menjadikan akreditasi sebagai alat birokrasi semata, mahalnya biaya implementasi, serta lemahnya keberlanjutan program jika tidak dibarengi dengan penguatan kapasitas internal. Dalam konteks Indonesia, ketimpangan infrastruktur, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan tekanan administratif menjadi tantangan besar yang membayangi realisasi potensi tersebut.

Sejalan dengan itu, Rahma et al. (2025) dalam kajiannya mengenai hubungan antara akreditasi dan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia menemukan bahwa akreditasi berkontribusi positif terhadap peningkatan kepuasan pasien dan responsivitas pelayanan FKTP. Namun keberhasilan tersebut lebih dominan terjadi pada FKTP yang memiliki kepemimpinan kuat, akses terhadap pelatihan, serta dukungan sistem regulasi yang jelas. FKTP di daerah tertinggal atau dengan keterbatasan SDM justru kerap mengalami disonansi antara pelaksanaan akreditasi dengan manfaat langsung yang dirasakan oleh pasien. Ini mencerminkan bahwa akreditasi tanpa disertai peningkatan kapasitas kelembagaan berisiko menjadi beban tambahan bagi unit pelayanan dasar.

Di sisi lain, studi Hussein et al. (2025) dari International Journal for Quality in Health Care menyoroti pentingnya pembaruan berkelanjutan pada standar dan sistem akreditasi agar tetap relevan dengan dinamika sektor kesehatan. Hasil survei terhadap manajer mutu rumah sakit di Arab Saudi menunjukkan bahwa fokus akreditasi perlu beralih dari sekadar struktur dan kepatuhan administratif menuju orientasi hasil layanan (outcome-based standards). Ini mengindikasikan bahwa mutu pelayanan tidak cukup hanya diukur dari ketersediaan dokumen atau pemenuhan indikator, melainkan harus tercermin dalam pengalaman dan keselamatan pasien secara langsung. Rekomendasi kunci dari studi ini mencakup pentingnya memperbarui standar secara berkala, mengintegrasikan perspektif konsumen dalam proses evaluasi, serta meningkatkan kualitas dan independensi tim surveior. Isu-isu tersebut sangat relevan dengan tantangan yang dihadapi FKTP di Indonesia, terutama dalam mempertahankan mutu secara konsisten pasca-akreditasi.

Lebih jauh lagi, akreditasi yang berbasis partisipasi aktif dan pemahaman substansial dari tenaga kesehatan terbukti jauh lebih efektif dibandingkan model top-down yang berfokus pada kepatuhan semata. Susliyanti et al. (2025) menegaskan bahwa akreditasi yang berjalan baik adalah yang mampu memicu transformasi budaya kerja dan kesadaran kolektif dalam penyelenggaraan

pelayanan bermutu. Di dalamnya, peran kepemimpinan kepala FKTP menjadi sangat vital. Keterlibatan aktif dalam manajemen mutu, komitmen terhadap peningkatan berkelanjutan, serta keberanian untuk mereformasi pola kerja menjadi kunci utama keberhasilan implementasi standar akreditasi di lapangan.

Teknologi juga menjadi faktor pendorong yang tidak dapat diabaikan. Dalam laporan Sarah Lee (2025) yang mengulas strategi akreditasi dalam konteks pendidikan, disebutkan bahwa digitalisasi memperkuat seluruh proses akreditasi: mulai dari pengumpulan data, analisis mutu, keterlibatan pemangku kepentingan, hingga refleksi berbasis hasil. Platform Learning Management System (LMS), sistem informasi manajemen, dan perangkat evaluasi digital dapat diterapkan pula dalam akreditasi FKTP sebagai alat untuk meningkatkan transparansi, efisiensi, dan akuntabilitas proses mutu. Namun adopsi teknologi ini tentu memerlukan kesiapan infrastruktur dan pelatihan, yang masih menjadi kendala di banyak wilayah layanan primer Indonesia.

Implikasi nyata dari dinamika ini adalah munculnya disparitas hasil akreditasi. FKTP yang berada di jalur peningkatan mutu mampu menjadikan akreditasi sebagai alat penggerak perubahan institusional. Sebaliknya, bagi unit layanan dengan sumber daya terbatas, akreditasi justru dapat menjadi distraksi yang mengalihkan perhatian dari pelayanan esensial menuju beban administratif yang berat. Hal ini perlu menjadi perhatian dalam merancang ulang sistem insentif, penguatan kapasitas daerah, serta penyusunan standar akreditasi yang adaptif dan kontekstual.

Dengan demikian, narasi dampak akreditasi terhadap mutu pelayanan FKTP tidak bisa dilihat dalam kerangka biner “berhasil” atau “gagal” semata, melainkan sebagai spektrum proses institusional yang menuntut perbaikan berkelanjutan, pembelajaran kolektif, dan desain sistem yang lebih inklusif dan adaptif terhadap keragaman kondisi lapangan.

Tantangan Pascaaakreditasi: Konsistensi dan Kesiapan Sistem

Pascaakreditasi, dunia pelayanan kesehatan primer dihadapkan pada dilema klasik yang terus berulang: euforia administratif yang tak sebanding dengan perubahan sistemik yang berkelanjutan. Dalam banyak FKTP, akreditasi masih dimaknai sebagai puncak – bukan awal dari perbaikan mutu. Padahal dalam bingkai teoretis Edward III, keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada sinergi antara komunikasi, disposisi pelaksana, sumber daya, dan struktur birokrasi. Ketika salah satu elemen melemah – seperti SDM yang terbatas atau pelatihan yang tidak berkelanjutan – maka pelaksanaan akreditasi kehilangan substansi dan menjadi ritual kepatuhan belaka.

Studi kualitatif di Iran oleh Gharibi et al. (2023) menguatkan bahwa pascaaakreditasi bukan hanya masalah teknis, tetapi juga krisis budaya organisasi dan motivasi internal. Enam tantangan utama diidentifikasi: mulai dari minimnya sistem pelatihan, lemahnya mekanisme motivasi, hingga stagnansi infrastruktur makro-eksekutif. Tantangan tersebut menunjukkan bahwa keberlanjutan akreditasi terganjal oleh kompleksitas sistem yang tidak sepenuhnya siap menyerap dan menginternalisasi nilai-nilai mutu secara institusional. Ini sejalan dengan kondisi di Indonesia, di mana pelatihan hanya

bersifat satu arah, supervisi minim, dan penguatan budaya mutu belum menjadi DNA institusi.

Dalam tinjauan sistematis oleh Tabrizi et al. (2023), dampak akreditasi terhadap FKTP memang secara umum positif: peningkatan manajemen SDM, dokumentasi, kepuasan pelanggan, dan efektivitas layanan. Namun, studi ini juga menyoroti efek samping yang sangat relevan: penggunaan akreditasi sebagai alat birokrasi semata, biaya yang tinggi, dan ketidakkonsistenan pelaksanaan di tengah turnover tenaga kerja yang tinggi. Ini adalah bukti bahwa akreditasi sering berhenti pada pelabelan, bukan pada transformasi. Pelabelan administratif ini juga menjauhkan fasilitas dari esensi akreditasi sebagai continuous quality improvement (CQI).

Dalam kasus negara konflik seperti Yaman, studi fenomenologis oleh Mansoor et al. (2024) mengungkapkan realitas yang lebih ekstrem: ketidaksiapan struktural, kekurangan dana, dan terbatasnya tenaga profesional yang kompeten menjadi penghambat utama keberhasilan implementasi akreditasi. Selain itu, hambatan sosial-budaya juga menambah kompleksitas. Pelajaran dari Yaman ini memberi peringatan penting bahwa akreditasi bukanlah proses netral yang berdiri sendiri, melainkan sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial, kebijakan, dan kesiapan sistem secara kolektif. Dalam konteks Indonesia, perbedaan kemampuan antar daerah juga menghasilkan ketimpangan mutu yang semakin mencolok setelah akreditasi.

Penelitian Hussein et al. (2025) di Arab Saudi menyoroti aspek keberlanjutan model akreditasi rumah sakit, yang juga relevan untuk FKTP. Studi ini menemukan bahwa akar masalah keberlanjutan akreditasi terletak pada ketidaksesuaian antara dinamika sistem kesehatan yang terus berubah dan standar akreditasi yang cenderung statis. Rekomendasi kunci dari studi ini adalah perlunya pergeseran fokus dari sekadar struktur dan kepatuhan ke arah outcome dan perbaikan berkelanjutan. Ini sejalan dengan prinsip Donabedian yang menekankan relasi dinamis antara struktur, proses, dan hasil. Bila standar akreditasi tidak diperbarui, maka ia justru akan menjadi penghambat inovasi pelayanan.

Salah satu aspek paling krusial yang jarang dibahas adalah blended capacity – yakni kapasitas organisasi yang terdiri dari sumber daya manusia, teknologi, budaya, dan kepemimpinan. Akreditasi sering gagal berkelanjutan karena hanya mengandalkan satu sisi kapasitas, misalnya hanya administratif, tanpa menyentuh penguatan kepemimpinan atau literasi mutu. Edward III menyebut ini sebagai policy failure due to resource rigidity – kegagalan kebijakan karena tidak adanya fleksibilitas dalam mengelola kapasitas sumber daya. Dalam implementasi di lapangan, kita melihat banyak FKTP yang telah lulus akreditasi justru mengalami regresi mutu, karena tidak ada tindak lanjut yang konkret dari sisi pelatihan, pengawasan, maupun integrasi akreditasi ke dalam sistem insentif internal.

Kelemahan mendasar lainnya adalah kurangnya sistem monitoring dan evaluasi pascaakreditasi. Proses survei akreditasi seringkali menjadi titik final, bukan awal pembinaan. Tidak ada sistem audit internal yang aktif, tidak ada pelaporan mutu berbasis indikator kinerja pascaakreditasi, dan tidak ada sistem

umpan balik dari pasien yang benar-benar dijadikan dasar perbaikan. Padahal, dalam era pascapandemi dan transformasi kesehatan digital, sistem M&E yang baik menjadi kunci untuk menjaga keberlanjutan mutu.

Strategi dan Inovasi untuk Pelayanan FKTP

Transformasi layanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tak bisa lagi bertumpu pada pendekatan konvensional berbasis kunjungan semata. Di era disruptif digital dan kompleksitas tantangan kesehatan global, arah kebijakan strategis FKTP harus melibatkan inovasi teknologi, peningkatan kapasitas SDM, manajemen data yang canggih, serta kolaborasi lintas sektor dan komunitas. WHO secara tegas menyampaikan bahwa pelayanan kesehatan primer masa depan hanya bisa bertahan dan berkembang jika mampu bertransformasi digital secara menyeluruh, bukan sekadar mengadopsi aplikasi atau sistem digital semata, melainkan sebagai sebuah perubahan budaya organisasi dan sistem layanan (Barbosa da Silva et al., 2024).

Salah satu titik kritis dalam strategi FKTP adalah adopsi teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang terintegrasi. WHO melalui Handbook for Global Digital Transformation in Primary Healthcare menekankan pentingnya interoperabilitas sistem, adopsi standar global seperti HL7 FHIR, serta penguatan rekam medis elektronik sebagai fondasi pelayanan (WHO, 2024). Dalam konteks Indonesia, hasil studi oleh Dewi Nur Aisyah et al. (2024) menunjukkan bahwa ICT maturity FKTP di 9 provinsi masih berada pada level dasar hingga menengah, dengan skor tertinggi hanya mencapai 2,84 dari 5 untuk infrastruktur digital. Hal ini menunjukkan bahwa strategi peningkatan mutu layanan FKTP tak cukup hanya dengan menambah perangkat keras atau pelatihan, tetapi memerlukan orkestrasi sistemik dalam perencanaan dan implementasi kebijakan.

Selain infrastruktur, transformasi FKTP harus disertai dengan pendekatan berbasis komunitas yang mengedepankan preventif dan promotif. Bhumi Shah et al. (2022) dalam ulasannya menyebut bahwa integrasi layanan kesehatan melalui digital health memungkinkan perubahan dari pendekatan reaktif ke pendekatan preventif yang lebih efektif. Hal ini sangat relevan untuk FKTP yang menjadi garda terdepan dalam deteksi dini penyakit, pemantauan pasien kronis, dan edukasi kesehatan berbasis keluarga. Telemedicine, remote monitoring, dan aplikasi mobile health menjadi bagian penting dari strategi ini, namun tetap harus memperhatikan aksesibilitas dan literasi digital masyarakat.

Telemedicine, khususnya, telah terbukti menjadi instrumen strategis untuk menjamin ketimpangan akses, terutama di wilayah dengan keterbatasan transportasi dan infrastruktur kesehatan. Studi oleh Haddad dan Bhat (2025) menunjukkan bahwa individu yang tinggal di daerah dengan akses terbatas ke layanan kesehatan lebih mungkin mengadopsi telemedicine sebagai solusi. Namun, kendala seperti kepercayaan terhadap teknologi, privasi data, dan preferensi interaksi tatap muka masih menjadi tantangan yang harus dikelola oleh FKTP secara bijak.

Dalam kaitannya dengan pandemi COVID-19, Julia Shaver (2022) mencatat bahwa lonjakan penggunaan telemedicine tidak hanya disebabkan oleh regulasi

yang dilonggarkan, tetapi juga oleh kebutuhan mendesak akan layanan alternatif yang aman. Ini memperkuat urgensi bahwa strategi digitalisasi FKTP harus tidak bersifat insidental, melainkan berlandaskan pada kerangka regulasi jangka panjang yang menjamin kualitas, keamanan, dan kesinambungan layanan.

Namun inovasi digital ini hanya akan efektif jika ditopang oleh kapasitas SDM yang adaptif. WHO (2024) menekankan pentingnya digital literacy bagi tenaga kesehatan, termasuk kemampuan menggunakan sistem interoperabel, memahami keamanan siber, serta mampu memanfaatkan teknologi untuk pengambilan keputusan klinis berbasis data. Dengan kata lain, inovasi bukan hanya tentang alat, tetapi juga manusia yang menggunakannya. Dalam konteks Indonesia, penguatan pelatihan dan kurikulum berbasis digital untuk tenaga kesehatan menjadi keniscayaan.

Selain itu, penting juga mengembangkan ekosistem data yang mendukung manajemen pelayanan. Sistem manajemen data yang baik memungkinkan FKTP melakukan segmentasi populasi, pelacakan kasus penyakit, monitoring terapi kronik, hingga menilai efektivitas intervensi secara real-time. Di sinilah peran inovasi data menjadi krusial, tidak hanya untuk pelaporan administratif, tetapi juga untuk mendukung keputusan klinis dan kebijakan lokal. Konsep SMART Guidelines dari WHO menjadi acuan penting dalam menyusun pedoman digital berbasis evidence dan interoperabilitas lintas platform (WHO, 2024).

Lebih jauh, strategi FKTP harus membuka ruang kolaborasi lintas sektor, terutama dengan komunitas, media, akademisi, dan sektor swasta. Pendekatan Pentahelix dapat mendorong sinergi antara inovasi teknologis dan kebutuhan nyata masyarakat. Dalam model ini, pelayanan FKTP tidak hanya menjadi institusi penyedia layanan, tetapi juga menjadi penggerak sosial yang menumbuhkan kesadaran kesehatan melalui pendekatan berbasis digital yang inklusif dan humanistik.

Dengan demikian, strategi dan inovasi untuk FKTP harus bersandar pada tiga poros utama: transformasi digital yang terencana dan menyeluruh; peningkatan kompetensi dan literasi digital SDM kesehatan; serta kolaborasi strategis dengan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya. Semua ini harus dijewai oleh budaya mutu dan keberlanjutan, bukan semata-mata respons terhadap krisis atau tren sementara.

Studi Kasus: Ketimpangan dan Harapan

Di tengah ambisi nasional untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui akreditasi fasilitas tingkat pertama (FKTP), realitas di lapangan menunjukkan sebuah paradoks: keberhasilan implementasi akreditasi bukan hanya ditentukan oleh keberadaan standar, melainkan oleh medan tempat standar itu diterapkan. Dalam hal ini, perbandingan antara wilayah seperti Banggai, Surabaya, dan sejumlah daerah di Indonesia Timur menjadi refleksi tajam tentang bagaimana ketimpangan struktural dan sumber daya sangat mempengaruhi hasil akhir dari proses akreditasi.

Ketimpangan ini bukan fenomena khas Indonesia saja. Studi Kato & Zikos (2022) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa bahkan di negara maju sekalipun, hasil akreditasi berbeda signifikan tergantung pada struktur rumah

sakit dan pilihan lembaga akreditasi. Misalnya, rumah sakit yang terakreditasi oleh DNV memiliki mortalitas 30-hari akibat penyakit paru obstruktif kronik (COPD) yang lebih tinggi daripada rumah sakit di bawah Joint Commission. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun standar akreditasi serupa, hasilnya sangat dipengaruhi oleh kesiapan sistem, struktur, dan ketersediaan sumber daya (Kato & Zikos, 2022).

Jika di AS saja ketimpangan hasil akreditasi masih menjadi tantangan, maka di Indonesia – dengan geografis yang sangat luas dan disparitas pembangunan antarwilayah yang tajam – tantangan tersebut menjadi jauh lebih kompleks. Studi Zapata-Vanegas & Saturno-Hernández (2020) di Kolombia menegaskan bahwa keberhasilan akreditasi sangat dipengaruhi oleh faktor kontekstual di tingkat mikro dan makro. Dua faktor yang paling kuat dikaitkan dengan keberhasilan akreditasi adalah: (1) tersedianya sumber daya ekonomi untuk peningkatan mutu (OR: 22.1), dan (2) keterlibatan dokter dalam proses mutu (OR: 4.9). Di banyak FKTP Indonesia Timur, kedua faktor ini sering kali tidak terpenuhi secara optimal.

Kondisi ini diperkuat dalam temuan Tanasiichuk et al. (2023) di negara-negara berkembang lainnya, yang menekankan bahwa keberhasilan penerapan sistem manajemen mutu (QMS) bergantung pada tiga pilar: kesiapan berubah, ketersediaan sumber daya, dan efektivitas manajemen proyek, dengan komitmen institusional sebagai pusat keberhasilannya. Dalam konteks Banggai dan daerah tertinggal lainnya, akreditasi sering kali dipersepsikan sebagai kewajiban administratif, bukan sebagai proses institusional yang membudaya. Akibatnya, akreditasi lebih tampak sebagai seremonial sementara, bukan transformasi sistemik yang berkelanjutan.

Sebaliknya, beberapa FKTP di kota besar seperti Surabaya berhasil menjadikan akreditasi sebagai pemicu reformasi internal. Hal ini sejalan dengan hasil studi Al-Alawy et al. (2021), yang menemukan bahwa meskipun akreditasi berdampak positif terhadap proses dan struktur pelayanan, dampak tersebut sering kali bersifat jangka pendek, kecuali jika disertai dengan penguatan tata kelola dan sistem pemantauan kinerja yang sistematis. Ini menjelaskan mengapa FKTP dengan dukungan pemerintah daerah yang kuat dan SDM berkualitas mampu menjadikan akreditasi sebagai landasan peningkatan mutu yang nyata.

Selanjutnya, studi Singh et al. (2024) di India menunjukkan bahwa pelatihan yang direkomendasikan oleh lembaga akreditasi memiliki dampak langsung terhadap peningkatan kualitas pelayanan. Unit pelayanan yang stafnya telah mendapatkan pelatihan dari National Accreditation Board for Hospitals (NABH) menunjukkan kepatuhan standar yang jauh lebih tinggi dalam tujuh area mutu dibanding unit yang tidak dilatih. Fenomena serupa dapat ditemukan di Indonesia: FKTP dengan akses terhadap pelatihan terstruktur dan bimbingan teknis dari Komisi Akreditasi lebih cenderung menunjukkan kesiapan akreditasi dan konsistensi pelaksanaan standar.

Namun, dalam praktiknya, daerah tertinggal seperti Banggai sering kali mengalami kesenjangan pelatihan dan pendampingan. Akibatnya, terjadi fenomena compliance illusion – kepatuhan formal terhadap standar tanpa internalisasi nilai mutu. Hal ini menjadi tantangan utama bagi Kementerian

Kesehatan dan LAFKI untuk merancang strategi akreditasi yang bersifat afirmatif dan kontekstual, bukan seragam nasional.

Sebagai catatan kritis terakhir, Moonesar et al. (2021) dalam studi INQUIRY menunjukkan bahwa keberhasilan akreditasi sering kali dibatasi oleh tekanan administratif, biaya tersembunyi, dan tidak adanya instrumen evaluasi berkelanjutan. Meski akreditasi memperbaiki struktur dan proses dalam jangka pendek, hasil (outcome) tidak selalu terjamin. Dalam konteks Indonesia, FKTP yang telah terakreditasi pun sering kembali ke pola lama begitu proses survei selesai, terutama jika tidak ada sistem pengawasan dan dukungan pascaakreditasi yang memadai.

Dengan demikian, perbandingan antarwilayah bukan semata tentang geografi, melainkan cermin dari ketimpangan dalam struktur pendanaan, kepemimpinan, kapasitas SDM, dan pengelolaan mutu. Akreditasi dapat menjadi alat transformasi hanya jika diterjemahkan dalam strategi yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Harapan tetap ada—sebagaimana ditunjukkan oleh segelintir FKTP di wilayah tertinggal yang mampu melampaui keterbatasan mereka melalui inovasi dan kepemimpinan yang adaptif. Namun, untuk mewujudkan perubahan sistemik, dibutuhkan lebih dari sekadar standar: dibutuhkan tekad politik, pendanaan berkelanjutan, dan budaya mutu yang tumbuh dari dalam, bukan sekadar dari insentif formal.

Novelty dan Implementasi

Penelitian ini menghadirkan kebaruan dengan menempatkan akreditasi FKTP bukan sekadar sebagai alat ukur administratif, tetapi sebagai arsitektur institusional yang dapat menjadi lokomotif pemulihan sistem layanan primer pasca-COVID-19. Dengan mengintegrasikan dua model besar—Donabedian untuk penilaian mutu dan Edward III untuk evaluasi implementasi kebijakan—studi ini mengungkap bahwa kekuatan akreditasi terletak pada kemampuannya mengintervensi praktik mikro layanan dan struktur makro tata kelola kesehatan secara simultan. Kebaruan ini memperluas cakrawala evaluasi akreditasi dari hasil dokumen ke dampak sistemik pada ketahanan dan daya adaptasi FKTP dalam menghadapi krisis kesehatan global.

Di tataran praktik, hasil studi ini menggarisbawahi bahwa akreditasi hanya akan efektif bila ditopang oleh tiga dimensi implementasi: pemahaman nilai oleh SDM, konsistensi proses yang melampaui sekadar “menyiapkan berkas”, dan komitmen manajerial dalam membangun sistem mutu yang hidup dan berkesinambungan. Penilaian akreditasi yang berdampak nyata justru bergantung pada keterlibatan aktif seluruh elemen puskesmas, termasuk komunitas pengguna layanan. Di sinilah transformasi pasca-pandemi diuji: apakah akreditasi hanya menjadi formalitas pasca pagebluk, ataukah ia mampu mencetak struktur layanan yang resilien, adaptif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

KESIMPULAN

Penelitian ini menjawab tujuan utamanya dengan menunjukkan bahwa akreditasi FKTP memiliki kontribusi strategis terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan primer pasca-COVID-19, sejauh proses implementasinya

tidak terjebak dalam ritualisme birokratis. Melalui pendekatan literatur review multidimensi, ditemukan bahwa keberhasilan akreditasi sebagai motor reformasi pelayanan sangat dipengaruhi oleh konteks lokal, kesiapan sumber daya, dan legitimasi sosial dari proses akreditasi itu sendiri. Dengan demikian, akreditasi bukanlah akhir dari siklus evaluasi, melainkan titik berangkat menuju pelayanan kesehatan yang lebih adil, bermutu, dan tahan krisis.

REKOMENDASI

Untuk merealisasikan akreditasi sebagai katalis reformasi sistem, diperlukan desain ulang mekanisme pembinaan pasca-akreditasi yang bersifat proaktif dan desentralistik. Pemerintah dan institusi penjamin mutu harus berani menerapkan strategi berbasis performance-linked accreditation dengan mengaitkan insentif pembiayaan dan pengakuan kelembagaan pada capaian nyata di lapangan. Di sisi lain, FKTP perlu menjadikan hasil akreditasi bukan sebagai sertifikat mati, tetapi sebagai kompas hidup yang memandu peningkatan mutu berkelanjutan, dengan melibatkan komunitas lokal, tenaga kesehatan, dan teknologi digital dalam satu ekosistem layanan yang visioner.

REFERENSI

- Aisyah, D. N. et al. (2024). The Information and Communication Technology Maturity Assessment at Primary Health Care Services Across 9 Provinces in Indonesia. *JMIR Med Inform*, 12:e55959. <https://doi.org/10.2196/55959>
- Al-alawy, K., Moonesar, I. A., & Al-Abed Bawadi, E. I. (2021). A mixed-methods study to explore the impact of hospital accreditation. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 1–10. <https://doi.org/10.1177/0046958020981463>
- Barbosa da Silva, J. et al. (2024). A digital transformation for primary health care. *Bull World Health Organ*, 102(1), 2–2A. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290726>
- Coss-Mandiola, J., Vanegas-López, J., Rojas, A., et al. (2023). Accreditation of Quality in Primary Health Care in Chile: Perception of the Teams. *IJERPH*, 20(3), 2477. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032477>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Edward III. (1984). Implementing Public Policy. Washington, DC: Congressional Quarterly Press.
- Ekaputri, R., Anwar, A., & Djafar, N. (2024). Persepsi pasien tentang kualitas pelayanan di puskesmas akreditasi dan non-akreditasi Kabupaten Banggai. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. Retrieved from <https://pasca-umi.ac.id/index.php/jahr/article/view/1604>
- Fernemark, H., Hårdstedt, M., Skagerström, J., et al. (2024). Primary healthcare in the aftermath of the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study in Sweden. *BMJ Open*, 14(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085527>
- García-Marichal, C., Aguilar-Jerez, M. F., Delgado-Plasencia, L. J., Pérez-Hernández, O., Armas-González, J. F., Pelazas-González, R., & Martín-González, C. (2024). A primary health care program and COVID-19: Impact

- in hospital admissions and mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 39, 2662–2670. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08402-2>
- Gharibi, F. et al. (2023). Challenges of Implementing an Effective Primary Health Care Accreditation Program: A Qualitative Study in Iran. *BMC Primary Care*, 24:270. doi: 10.1186/s12875-023-02232-0.
- Gharibi, F., Moshiri, E., Tavani, M. E., & Dalal, K. (2023). Challenges of Implementing an Effective Primary Health Care Accreditation Program: A Qualitative Study in Iran. *BMC Primary Care*, 24(270). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02128-1>
- Haddad, A. J., & Bhat, C. R. (2025). Telemedicine adoption before, during, and after COVID-19. *Transportation Research Part A*, 192, 104351.
- Hayrumyan, V., Abrahamyan, A., Harutyunyan, A., Libaridian, L., & Sahakyan, S. (2024). Impact of COVID-19 on essential healthcare services at the primary healthcare level in Armenia: A qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(131). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02232-4>
- Hussein, M. et al. (2025). The Sustainability of Hospital Accreditation Models: A Cross-Sectional Study. *Int J Qual Health Care*, 37(1):mzaf017. doi: 10.1093/intqhc/mzaf017.
- Hussein, M., Pavlova, M., & Groot, W. (2025). The sustainability of hospital accreditation models: A cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(1), mzaf017. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf017>
- Kato, M., & Zikos, D. (2022). Association between hospital accrediting agencies and hospital outcomes of care in the United States. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 6. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-21-24>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020, November 14). Apresiasi FKTP berjuang di garda terdepan, Kemenkes adakan jambore virtual bagi tenaga kesehatan di FKTP dalam rangkaian HKN. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201114/0035693/apresiasi-fktp-berjuang-di-garda-terdepan-kemenkes-adakan-jambore-virtual-bagi-tenaga-kesehatan-di-fktp-dalam-rangkaian-hkn/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020–2024: Ekuitas kesehatan dan pemanfaatan sistem pelayanan kesehatan. Retrieved from https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/06/NSP-TB-2020-2024-Ind_Final_BAHASA.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022, September 9). Fasyankes wajib terapkan rekam medis elektronik. Sehat Negeriku. Retrieved from https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220909/0841042/fas_yanke-wajib-terapkan-rekam-medis-elektronik/
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). Webinar sukses akreditasi klinik angkatan 2 - LMS Kemkes. Retrieved from <https://lms.kemkes.go.id/courses/e60c15c5-a7a3-46a1-a557-9802dd47934c>

- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (n.d.). Respon kebijakan ekonomi Indonesia dalam menghadapi tantangan COVID-19. Retrieved from <https://pen.kemenkeu.go.id/in/page/tantangancovid>
- Lee, S. (2025, May 24). Mastering Accreditation in Educational Leadership: Strategies for Success in a Changing Educational Landscape. Number Analytics Blog. Retrieved from <https://numberanalytics.com>
- Li, D., Howe, A. C., & Astier-Peña, M. P. (2021). Primary health care response in the management of pandemics: Learnings from the COVID-19 pandemic. *Atención Primaria*, 53(S1), 102226. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102226>
- Lim, J., Broughan, J., Crowley, D., O'Kelly, B., Fawsitt, R., Burke, M. C., McCombe, G., Lambert, J. S., & Cullen, W. (2021). COVID-19's impact on primary care and related mitigation strategies: A scoping review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 166-175. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1946681>
- Mansoor, T. et al. (2024). Challenges and Strategies in Implementing Hospital Accreditation Standards Among Healthcare Professionals in Yemen: A Phenomenological Study. *Cureus*, 16(4):e59383. doi: 10.7759/cureus.59383.
- Mulyadi, H. (2022). Pengaturan dasar hukum dalam pelaksanaan telemedicine pada praktik kedokteran. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*. Retrieved from <https://jurnal-mhki.or.id/jhki/article/download/22/20>
- Purwandani, R., Purnamawati, D., & Putri, A. (2025). Analysis of the implementation of national quality indicator measurement policy on hospital accreditation achievement in Indonesia. *Minhaj Journal*, 7(12). <https://doi.org/10.33024/minh.v7i12.612>
- Rahma, F. A., Wasir, R., Istanti, N. D., Apriningsih, & Hanifah, L. (2025). Evaluation of the impact of community health center accreditation on service quality and UHC achievement in Indonesia. *Khazanah Intelektual*, 9(1).
- Sadegh Tabrizi, J., As'habi, A., Nazari, M., Ebrahimi Tavani, M., Haghi, M., & Gharibi, F. (2023). Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review. *Malaysian Family Physician*, 18, 63. <https://doi.org/10.51866/rv.274>
- Shah, B. et al. (2022). The role of digital health in the future of integrated care. *Clinics in Integrated Care*, 15, 100131. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2022.100131>
- Shaver, J. (2022). The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. *Prim Care*, 49(4), 517-530. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>
- Singh, V., et al. (2024). Effect of National Accreditation Board for Hospital-Recommended Trainings on Patient Care Standards. *Indian Journal of Public Health*, 68(4), 502-506. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1262_23
- Susliyanti Hasiu, T., Rohmawati, W., Fitriani, L., Al Rajab, M., Kurniawati, F., Fadillah Harun, M., & Harni. (2025). The impact of accreditation on improving the quality of healthcare services: A literature review. *World*

- Journal of Advanced Research and Reviews, 25(2), 715-722.
<https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.2.0420>
- Tabrizi, J.S. et al. (2023). Impacts of Accreditation on the Performance of Primary Health Care Centres: A Systematic Review. Malays Fam Physician, 18:63. doi: 10.51866/rv.274.
- Tanasiichuk, I., Karaman, O., & Natrus, L. (2023). Key success factors for the implementation of quality management systems in developing countries. African Journal of Laboratory Medicine, 12(1), a2058. <https://doi.org/10.4102/ajlm.v12i1.2058>
- Tashayoei, N., Raeissi, P., & Nasiripour, A. A. (2020). Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. J Egypt Public Health Assoc, 95(5). <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0033-6>
- WHO. (2024). Handbook for Global Digital Transformation in Primary Healthcare. Department of Digital Health and Innovation.
- World Bank. (2023). Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19.
<https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/walking-the-talk>
- Yudistira, M., Sari, D., & Harahap, A. (2022). Dinamika implementasi kebijakan kesehatan di daerah: Studi kasus dan analisis kebijakan. Jurnal Kebijakan dan Teknologi. Retrieved from <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/download/26883/18918>
- Yuliani, N. (2023). Peran manajemen strategi guna evaluasi pasca akreditasi pada fasilitas kesehatan. Jurnal Syntax Admiration. Retrieved from <https://www.jurnalsyntaxadmiration.com/index.php/jurnal/article/download/1868/1931>
- Zapata-Vanegas, M. A., & Saturno-Hernández, P. J. (2020). Contextual factors favouring success in the accreditation process in Colombian hospitals. BMC Health Services Research, 20, 772. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05608-4>