

Evaluasi Implementasi Standar Mutu Pelayanan Pasca Perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi: Pendekatan Donabedian

W. Sriwahyuni Batubara^{1*}, Y. Sulistyowati², B. Hartono³

^{1,2,3}Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Indonesia, Jl. Bambu Apus 1 No. 3, RT. 7/RW. 7, Kel. Bambu Apus, Kec. Cipayung, Kota Jakarta Timur, DKI Jakarta
bhebhewiwick@gmail.com

Abstract

The increasing number of Primary Clinics requires consistent implementation of quality service standards after licensing. This study aimed to evaluate the implementation of post-licensing quality service standards in Primary Clinics in Bekasi City using Donabedian's Structure, Process, and Outcome framework and to identify supporting and inhibiting factors. A qualitative descriptive-evaluative study was conducted in four Primary Clinics involving 25 purposively selected informants. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document reviews and were analyzed thematically using source and method triangulation. The findings show that basic service structures are available, although variations remain in human resource competencies, quality documentation, governance, and facility management. Service processes are implemented, but consistency in procedures, documentation, monitoring, and evaluation varies. Quality outcomes remain inconsistent. Strengthening post-licensing supervision, documentation, monitoring, and continuous quality improvement is therefore essential.

Keywords: Quality Service Standards; Primary Clinics; Post-Licensing; Donabedian; Service Quality

Abstrak

Peningkatan jumlah Klinik Pratama perlu diikuti penerapan standar mutu pelayanan secara konsisten setelah perizinan. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi berdasarkan pendekatan Structure, Process, dan Outcome Donabedian serta mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambatnya. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif evaluatif pada empat Klinik Pratama dan melibatkan 25 informan yang dipilih secara purposif. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis secara tematik dengan triangulasi sumber dan metode. Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur dasar pelayanan telah tersedia, tetapi terdapat perbedaan dalam kompetensi sumber daya manusia, dokumen mutu, tata kelola, dan pengelolaan sarana. Proses pelayanan telah berjalan, namun konsistensi prosedur, dokumentasi, pemantauan, dan evaluasi belum merata. Hasil implementasi mutu juga belum konsisten, implementasi standar mutu pasca perizinan masih memerlukan penguatan pembinaan, pemantauan, dokumentasi, dan perbaikan mutu berkelanjutan.

Kata kunci: Standar Mutu Pelayanan; Klinik Pratama; Pasca Perizinan; Donabedian; Kualitas Pelayanan.

Copyright (c) 2026 W. Sriwahyuni Batubara, Y. Sulistyowati, B. Hartono

✉ Corresponding author: W. Sriwahyuni Batubara

Email Address: bhebhewiwick@gmail.com (Jl. Bambu Apus 1 No. 3, Kota Jakarta Timur, DKI Jakarta)

Received 23 September 2026, Accepted 03 Oktober 2026, Published 10 Oktober 2026

PENDAHULUAN

Klinik Pratama merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Perkembangan penyelenggaraan Klinik Pratama di Kota Bekasi menunjukkan peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. Data Dinas Kesehatan Kota Bekasi tahun 2026 menunjukkan terdapat 400 Klinik Pratama yang terdiri atas Klinik Pratama Umum, Klinik Pratama Gigi, Klinik Pratama dengan tambahan pelayanan kecantikan, dan Klinik Pratama Sunat. Dari jumlah tersebut, sebanyak 137 klinik atau 34,25% telah melaksanakan akreditasi. Selain itu, penerbitan perizinan berusaha baru juga meningkat, yaitu 53 perizinan pada tahun 2023, 73 pada tahun 2024, dan 82 pada tahun 2025. Perkembangan tersebut menunjukkan semakin luasnya penyelenggaraan Klinik Pratama sehingga perlu diikuti dengan konsistensi penerapan standar

mutu pelayanan setelah klinik memperoleh Sertifikat Standar dan mulai menyelenggarakan pelayanan.

Mutu pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh tersedianya fasilitas pelayanan, tetapi juga oleh kemampuan fasilitas kesehatan dalam mempertahankan standar dan menerapkannya secara konsisten dalam praktik. Institute of Medicine menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu mencakup aspek keamanan, efektivitas, orientasi pada pasien, ketepatan waktu, efisiensi, dan keadilan. Organisasi pelayanan kesehatan juga membutuhkan pendekatan sistematis untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan (Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2020). Dalam konteks Klinik Pratama, pemenuhan standar pada tahap perizinan menjadi dasar awal penyelenggaraan pelayanan, tetapi standar tersebut perlu terus diterapkan setelah klinik beroperasi agar mutu, keamanan, dan keselamatan pelayanan dapat dipertahankan.

Secara regulatif, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 menetapkan standar kegiatan usaha Klinik Pratama yang mencakup sarana, prasarana, peralatan, tenaga kesehatan, serta penyelenggaraan pelayanan yang mendukung mutu, keamanan, dan keselamatan. Regulasi tersebut juga mengatur pengawasan untuk memastikan kegiatan usaha dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dengan demikian, pemenuhan persyaratan perizinan tidak berhenti pada diperolehnya Sertifikat Standar, tetapi perlu dilanjutkan dengan penerapan dan pemeliharaan standar dalam penyelenggaraan pelayanan sehari-hari.

Permasalahan muncul ketika keberadaan regulasi dan pemenuhan persyaratan awal belum sepenuhnya menjamin konsistensi implementasi mutu di fasilitas pelayanan kesehatan. Data Dinas Kesehatan Kota Bekasi menunjukkan masih terdapat pengaduan masyarakat terkait ketidakkonsistenan penerapan prosedur, kompetensi dan perilaku tenaga kesehatan, serta pelayanan yang belum sepenuhnya berorientasi pada pasien. Pada aspek keselamatan pasien, masih ditemukan Kejadian Tidak Diharapkan dan kejadian sentinel, sementara pelaporan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Potensial Cedera belum berjalan secara optimal. Kondisi tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara standar mutu yang dipersyaratkan dengan penerapannya dalam pelayanan sehari-hari.

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa implementasi mutu pelayanan dipengaruhi oleh lebih dari sekadar keberadaan standar atau regulasi. Budaya organisasi dan kepemimpinan berperan dalam peningkatan mutu pelayanan, sedangkan keberhasilan akreditasi dipengaruhi oleh sejauh mana standar diterapkan dalam praktik. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa implementasi standar pelayanan masih menghadapi kendala terkait sumber daya, pengawasan, dan pemantauan. Namun, berdasarkan penelitian terdahulu yang ditelaah, penelitian yang secara khusus mengevaluasi implementasi standar mutu pelayanan setelah perizinan pada Klinik Pratama masih terbatas. Penelitian ini mengisi ruang tersebut dengan mengevaluasi penerapan standar setelah Klinik Pratama memperoleh Sertifikat Standar dan menyelenggarakan pelayanan, dengan kualitas pelayanan internal sebagai fokus hasil implementasi.

Evaluasi implementasi standar mutu pelayanan dalam penelitian ini menggunakan Model Donabedian yang menganalisis mutu pelayanan melalui tiga dimensi, yaitu Structure, Process, dan

Outcome. Structure digunakan untuk menilai sumber daya dan organisasi yang mendukung penyelenggaraan pelayanan, Process untuk menilai penerapan standar dalam kegiatan pelayanan sehari-hari, sedangkan Outcome digunakan untuk melihat hasil implementasi standar mutu yang tercermin dalam kualitas pelayanan internal. Pada penelitian ini, Structure mencakup sumber daya manusia, sarana dan prasarana, alat kesehatan, tata kelola, dan dokumen mutu. Process mencakup penerapan prosedur, pelaksanaan pelayanan, komunikasi, edukasi pasien, keselamatan pasien, pelaporan insiden, manajemen mutu, serta pemantauan dan evaluasi. Sementara itu, Outcome diarahkan pada konsistensi penerapan standar, hasil audit mutu internal, budaya keselamatan pasien, pelaporan dan pemanfaatan insiden, serta tindak lanjut hasil pemantauan dan evaluasi untuk perbaikan mutu berkelanjutan.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran menyeluruh mengenai implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi implementasi yang ditemukan melalui wawancara, observasi, dan telaah dokumen dengan standar mutu yang menjadi acuan, kemudian menganalisisnya menggunakan Model Donabedian. Pendekatan tersebut diharapkan dapat mengidentifikasi kesenjangan implementasi pada aspek Structure, Process, dan Outcome, sekaligus menjelaskan faktor-faktor yang mendukung dan menghambat penerapan standar mutu pelayanan.

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi berdasarkan pendekatan Structure, Process, dan Outcome Donabedian serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat implementasinya.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif evaluatif untuk mengevaluasi implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli–Agustus 2026 di empat Klinik Pratama yang dipilih secara purposive, yaitu Klinik A, Klinik B, Klinik C, dan Klinik D. Klinik yang dipilih telah memiliki Sertifikat Standar dan telah menyelenggarakan pelayanan, sesuai dengan fokus penelitian yang menilai implementasi standar setelah perizinan, bukan proses administrasi penerbitan perizinan.

Sumber data terdiri atas data primer dan data pendukung. Data primer diperoleh dari 25 informan yang dipilih secara purposive berdasarkan pengetahuan, pengalaman, dan keterlibatan dalam implementasi standar mutu pelayanan. Informan terdiri atas pengelola Klinik Pratama, dokter penanggung jawab, tenaga kesehatan, perwakilan Dinas Kesehatan Kota Bekasi, BPJS Kesehatan, dan pasien. Pasien ditempatkan sebagai informan triangulasi untuk mengonfirmasi pengalaman pelayanan, terutama komunikasi, edukasi, keselamatan pasien, dan proses pelayanan, bukan sebagai sumber pengukuran kepuasan pasien.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur menggunakan pertanyaan terbuka dan probing. Wawancara kepada informan utama diarahkan pada dimensi Structure, Process, dan Outcome, sedangkan Dinas Kesehatan

dan BPJS Kesehatan memberikan perspektif terkait pembinaan, pengawasan, pemantauan, evaluasi, dan mutu pelayanan. Wawancara pasien digunakan untuk mengonfirmasi pengalaman pelayanan yang relevan dengan fokus penelitian.

Observasi dilakukan terhadap kondisi dan praktik pelayanan yang dapat diamati secara langsung, meliputi sarana dan prasarana, penerapan prosedur, interaksi pelayanan, identifikasi pasien, keselamatan pasien, dan bukti pelaksanaan kegiatan mutu. Telaah dokumen digunakan untuk melengkapi dan memverifikasi hasil wawancara serta observasi, dengan menelaah antara lain Sertifikat Standar, profil dan struktur organisasi, dokumen sumber daya manusia, prosedur pelayanan, kebijakan mutu, indikator mutu, audit internal, pemantauan dan evaluasi, tindak lanjut perbaikan, serta laporan insiden keselamatan pasien.

Data dianalisis secara tematik menggunakan Model Donabedian yang terdiri atas Structure, Process, dan Outcome. Analisis dilakukan melalui tahap pengorganisasian data, kondensasi data, coding, pengelompokan tema, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Data hasil wawancara ditranskripsikan dan dikodekan, kemudian dikelompokkan berdasarkan indikator pada masing-masing dimensi. Selanjutnya, temuan dibandingkan dengan hasil observasi dan telaah dokumen serta dengan standar mutu yang menjadi acuan penelitian untuk mengidentifikasi kesesuaian, variasi implementasi, dan kesenjangan antar klinik.

Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi dari pengelola, dokter penanggung jawab, tenaga kesehatan, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan pasien sesuai dengan relevansi informasi. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Faktor pendukung dan penghambat dianalisis sebagai tema lintas dimensi yang menjelaskan kondisi yang memengaruhi implementasi pada Structure, Process, dan Outcome.

Penelitian telah memperoleh persetujuan etik dari LPPM Universitas Respati Indonesia melalui Komite Etik Penelitian Universitas Respati Indonesia dengan Nomor 623/SK.Ka.LPPM/UNR/VI/2026, berlaku sejak 23 Juli 2026 sampai 23 Juli 2027. Pelaksanaan penelitian memperhatikan persetujuan informan, kerahasiaan identitas, privasi, serta prinsip etika penelitian.

HASIL DAN DISKUSI

Penelitian dilaksanakan pada empat Klinik Pratama di Kota Bekasi yang telah memiliki Sertifikat Standar dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan, yaitu Klinik A, Klinik B, Klinik C, dan Klinik D. Penelitian melibatkan 25 informan yang dipilih secara purposif berdasarkan pengetahuan, pengalaman, dan keterlibatan dalam implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan. Informan terdiri atas pengelola klinik, dokter penanggung jawab, tenaga kesehatan, pasien, Dinas Kesehatan Kota Bekasi, dan BPJS Kesehatan. Pasien digunakan sebagai informan triangulasi untuk mengonfirmasi pengalaman pelayanan, terutama pada aspek komunikasi, edukasi, dan keselamatan pasien, bukan untuk mengukur kepuasan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada keempat Klinik Pratama telah berlangsung pada dimensi Structure, Process, dan Outcome. Variasi ditemukan terutama pada pengembangan kompetensi sumber daya manusia, kelengkapan dokumen mutu, pengelolaan sarana dan alat kesehatan, konsistensi penerapan prosedur, dokumentasi kegiatan mutu, pelaporan insiden, audit internal, serta tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi.

Dimensi Structure

Pada dimensi Structure, keempat klinik telah memiliki komponen dasar yang mendukung penyelenggaraan pelayanan. Sumber daya manusia dan legalitas tenaga kesehatan secara umum telah tersedia. Perbedaan antar-klinik ditemukan pada pengembangan kompetensi mutu, pemerataan pelatihan, kesesuaian pelaksanaan tugas dengan kewenangan profesi, serta pemutakhiran administrasi tenaga kesehatan.

Sarana dan prasarana pada keempat klinik telah mendukung penyelenggaraan pelayanan, namun pemeliharaan dan pengelolaannya belum sepenuhnya seragam. Kondisi yang sama ditemukan pada alat kesehatan, khususnya dalam aspek pengelolaan dan pemeliharaan. Struktur organisasi dan pembagian tanggung jawab telah tersedia, termasuk keberadaan unsur yang bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan.

Dokumen dasar penyelenggaraan pelayanan telah tersedia pada keempat klinik. Dokumen tersebut mencakup legalitas klinik, struktur organisasi, dokumen sumber daya manusia, prosedur pelayanan, serta dokumen yang berkaitan dengan mutu. Kelengkapan dokumentasi kegiatan mutu menunjukkan variasi antar-klinik. Beberapa dokumen seperti program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, monitoring, audit internal, dan tindak lanjut perbaikan belum tersedia atau belum terdokumentasi secara konsisten pada seluruh klinik.

Dimensi Process

Pada dimensi Process, pelayanan kesehatan telah diselenggarakan sesuai alur pelayanan pada masing-masing klinik. Standar operasional prosedur telah tersedia dan digunakan sebagai acuan pelayanan. Meskipun demikian, penerapan prosedur belum sepenuhnya konsisten pada seluruh kondisi pelayanan. Beban pelayanan menjadi salah satu kondisi yang memengaruhi konsistensi pelaksanaan prosedur.

Komunikasi antarprofesi telah dilakukan melalui koordinasi dan komunikasi internal. Komunikasi dengan pasien juga telah dilakukan selama proses pelayanan, termasuk pemberian informasi mengenai kondisi, tindakan, dan pengobatan. Edukasi pasien telah menjadi bagian dari proses pelayanan pada keempat klinik.

Aspek keselamatan pasien telah diterapkan dalam pelayanan, termasuk upaya identifikasi pasien dan penerapan prosedur keselamatan. Mekanisme pelaporan insiden telah dikenal oleh petugas, tetapi pelaksanaannya belum konsisten dalam hal pencatatan dan pelaporan. Dinas Kesehatan masih menemukan kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian potensial cedera, dan sentinel yang belum seluruhnya masuk ke dalam Aplikasi Mutu Fasyankes.

Manajemen mutu telah dilaksanakan melalui kegiatan monitoring, evaluasi, koordinasi, dan perbaikan. Namun, pelaksanaan monitoring belum sepenuhnya terjadwal dan terdokumentasi secara sistematis. Perbedaan juga ditemukan dalam pelaksanaan audit internal dan pencatatan hasil kegiatan mutu pada masing-masing klinik.

Dimensi Outcome

Pada dimensi Outcome, hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme pengendalian dan perbaikan mutu telah tersedia, tetapi hasil implementasinya belum konsisten pada seluruh klinik. Konsistensi penerapan standar pelayanan masih menunjukkan variasi, terutama pada dokumentasi dan pemantauan pelaksanaan prosedur.

Audit mutu internal belum dilaksanakan secara sistematis pada seluruh klinik. Bukti pelaksanaan audit internal lebih terlihat pada Klinik C, sedangkan pada klinik lainnya pelaksanaan dan dokumentasi audit masih terbatas. Kondisi tersebut juga terlihat pada pemanfaatan hasil monitoring dan evaluasi sebagai dasar tindak lanjut perbaikan mutu.

Budaya keselamatan pasien telah mulai diterapkan melalui pelaksanaan prosedur keselamatan dan pelaporan kejadian. Namun, pembelajaran dari insiden dan dokumentasi tindak lanjut belum dilakukan secara konsisten. Dokumentasi perbaikan mutu juga masih bervariasi. Beberapa kegiatan perbaikan dilakukan secara langsung tanpa didukung pencatatan yang memadai. Pengelola Klinik A menyampaikan bahwa kegiatan perbaikan mutu belum selalu disertai catatan, sedangkan pada Klinik D dokumen peningkatan mutu dan keselamatan pasien belum tersedia karena kegiatan belum terdokumentasi.

Faktor Pendukung dan Penghambat

Hasil penelitian mengidentifikasi beberapa faktor yang mendukung implementasi standar mutu pelayanan, yaitu ketersediaan sumber daya dan infrastruktur dasar, komitmen organisasi, keberadaan unsur pengelolaan mutu, pembinaan dan monitoring, serta dukungan pemangku kepentingan.

Faktor penghambat terutama berkaitan dengan kompetensi mutu yang belum merata, beban pelayanan yang memengaruhi konsistensi penerapan prosedur, dokumentasi kegiatan mutu yang belum optimal, monitoring dan audit internal yang belum sistematis, serta pelaporan insiden yang belum konsisten. Pada aspek kompetensi, pelatihan mutu belum diterima secara merata oleh seluruh tenaga kesehatan. Pada aspek dokumentasi, kegiatan monitoring dan perbaikan mutu belum selalu disertai pencatatan.

Perbandingan Implementasi Antar-Klinik

Perbandingan hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan posisi relatif implementasi standar mutu pada masing-masing klinik. Klinik A menunjukkan kekuatan relatif pada dimensi Structure, terutama pada kesiapan sumber daya dan struktur dasar pelayanan. Klinik C menunjukkan kekuatan relatif pada dimensi Process dan Outcome, terutama dalam pelaksanaan proses mutu dan ketersediaan bukti kegiatan pengendalian mutu.

Temuan tersebut menunjukkan adanya variasi implementasi antar-klinik pada ketiga dimensi

Donabedian, tetapi tidak dimaksudkan sebagai pemeringkatan kualitas keseluruhan klinik. Secara umum, keempat klinik telah memiliki dasar penyelenggaraan mutu, sedangkan konsistensi pelaksanaan, dokumentasi, monitoring, audit, pelaporan insiden, dan tindak lanjut perbaikan masih menunjukkan perbedaan. Temuan utama penelitian juga menunjukkan bahwa seluruh klinik memiliki struktur dasar pelayanan, sementara variasi lebih nyata terlihat pada kompetensi sumber daya manusia, dokumen mutu, pengelolaan mutu, monitoring dan evaluasi, serta keberlanjutan perbaikan.

Tabel 1. Ringkasan Temuan Implementasi Standar Mutu Pelayanan Pasca Perizinan

Dimensi	Indikator	Ringkasan hasil
Structure	Sumber daya manusia	Tenaga dan legalitas secara umum tersedia; kompetensi dan pemerataan pelatihan mutu bervariasi
	Sarana dan prasarana	Tersedia untuk mendukung pelayanan; pemeliharaan belum seragam
	Alat kesehatan	Tersedia; pengelolaan dan pemeliharaan bervariasi
	Tata kelola	Struktur organisasi dan tanggung jawab mutu telah tersedia
	Dokumen mutu	Dokumen dasar tersedia; kelengkapan dokumen mutu belum seragam
Process	Penerapan prosedur	SOP tersedia dan digunakan, tetapi konsistensi penerapan bervariasi
	Pelaksanaan pelayanan	Alur pelayanan telah berjalan pada seluruh klinik
	Komunikasi	Komunikasi antarprofesi dan komunikasi dengan pasien telah dilakukan
	Edukasi pasien	Telah menjadi bagian dari proses pelayanan
	Keselamatan pasien	Telah diterapkan, tetapi dokumentasi dan pelaporan belum konsisten
	Pelaporan insiden	Mekanisme telah dikenal, tetapi belum seluruh insiden terdokumentasi dan dilaporkan melalui sistem
	Manajemen mutu	Monitoring dan evaluasi telah dilakukan dengan tingkat keteraturan yang berbeda
Outcome	Konsistensi standar pelayanan	Masih terdapat variasi dalam penerapan dan dokumentasi
	Audit mutu internal	Belum sistematis pada seluruh klinik; bukti lebih jelas pada Klinik C
	Budaya keselamatan pasien	Praktik keselamatan telah diterapkan
	Pelaporan dan pemanfaatan insiden	Pelaporan telah dilakukan, tetapi dokumentasi dan pemanfaatan hasil belum konsisten
	Tindak lanjut perbaikan	Telah dilakukan, tetapi dokumentasi dan pemantauan efektivitas belum seragam

Sumber: Data primer, observasi, dan telaah dokumen penelitian, 2026.

Pembahasan

Implementasi Standar Mutu Berdasarkan Model Donabedian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keempat Klinik Pratama telah memiliki struktur dasar pelayanan berupa sumber daya manusia, sarana dan prasarana, alat kesehatan, tata kelola, serta dokumen pelayanan. Namun, kesiapan struktur belum sepenuhnya diikuti kemampuan pengelolaan mutu yang seragam. Perbedaan terutama ditemukan pada pemerataan kompetensi mutu tenaga kesehatan, pemeliharaan dan kalibrasi alat, fungsi Tim Mutu, serta kelengkapan dokumentasi mutu.

Temuan ini menegaskan konsep Donabedian bahwa Structure merupakan fondasi pelayanan, tetapi keberadaannya belum secara otomatis menjamin mutu proses dan hasil pelayanan.

Pada dimensi Process, SOP telah tersedia dan digunakan sebagai acuan pelayanan, sedangkan komunikasi antarprofesi, komunikasi dengan pasien, edukasi, keselamatan pasien, serta monitoring dan evaluasi telah dilaksanakan. Namun, konsistensi penerapan prosedur dan dokumentasi kegiatan mutu masih bervariasi. Beban pelayanan, keterlibatan tenaga kesehatan dalam kegiatan mutu, serta belum optimalnya monitoring dan dokumentasi menjadi kondisi yang terlihat dalam implementasi.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa kesenjangan utama implementasi pasca perizinan bukan pada keberadaan standar, tetapi pada konsistensi penerapannya dalam praktik. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa implementasi standar pelayanan dipengaruhi oleh kapasitas sumber daya, pengawasan, dan konsistensi pelaksanaan di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pemenuhan persyaratan pada saat perizinan perlu dilanjutkan dengan mekanisme pembinaan dan pengendalian mutu setelah klinik beroperasi.

Outcome dan Keberlanjutan Perbaikan Mutu

Pada dimensi Outcome, keempat klinik telah melakukan upaya pengendalian dan perbaikan mutu, tetapi belum seluruhnya berlangsung secara sistematis. Audit internal, dokumentasi insiden, pemanfaatan hasil monitoring, dan tindak lanjut perbaikan menunjukkan variasi antar-klinik. Klinik C memiliki bukti kegiatan audit dan tindak lanjut yang relatif lebih jelas, sedangkan beberapa klinik lainnya masih menghadapi keterbatasan dalam dokumentasi dan pelaksanaan audit.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa perbaikan mutu telah dilakukan, tetapi belum seluruhnya berkembang menjadi siklus pembelajaran yang berkelanjutan. Pelaporan insiden, misalnya, perlu dilanjutkan dengan dokumentasi, analisis, pembelajaran, tindakan perbaikan, dan evaluasi efektivitas. Pendekatan Continuous Quality Improvement dapat digunakan untuk memperkuat keberlanjutan proses tersebut, bukan sebagai indikator tersendiri, tetapi sebagai mekanisme untuk menerjemahkan hasil monitoring dan evaluasi menjadi perbaikan mutu.

Temuan ini memperkuat Model Donabedian bahwa hubungan antara Structure, Process, dan Outcome bersifat saling berkaitan. Struktur yang telah tersedia perlu diterjemahkan ke dalam proses pelayanan yang konsisten agar menghasilkan outcome mutu yang lebih baik. Dengan demikian, evaluasi pasca perizinan tidak cukup hanya menilai apakah persyaratan telah tersedia, tetapi juga apakah standar tersebut dipertahankan dan menghasilkan mekanisme perbaikan yang berkelanjutan.

Faktor Pendukung dan Penghambat

Implementasi standar mutu didukung oleh ketersediaan sumber daya dasar, komitmen pimpinan, keberadaan Tim Mutu, pembinaan dan monitoring eksternal, serta dukungan pemangku kepentingan. Sebaliknya, hambatan utama meliputi kompetensi mutu yang belum merata, beban pelayanan, dokumentasi yang belum optimal, audit dan monitoring yang belum sistematis, serta pelaporan insiden yang belum konsisten.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa tantangan utama mutu Klinik Pratama

setelah perizinan adalah menjaga kesinambungan implementasi standar, bukan sekadar memenuhi persyaratan awal. Oleh karena itu, penguatan mutu perlu diarahkan pada pembinaan pasca perizinan yang berkelanjutan melalui peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, penguatan monitoring dan audit internal, perbaikan dokumentasi, pengelolaan insiden, serta tindak lanjut perbaikan yang terukur. Temuan ini memberikan penguatan terhadap Model Donabedian bahwa keberadaan struktur harus diikuti proses yang konsisten untuk menghasilkan outcome mutu yang berkelanjutan.

KESIMPULAN

Implementasi standar mutu pelayanan pasca perizinan pada Klinik Pratama di Kota Bekasi telah berjalan pada aspek Structure, Process, dan Outcome, tetapi belum konsisten antar-klinik. Kesenjangan terutama terdapat pada kompetensi mutu, dokumentasi, monitoring dan audit internal, pelaporan insiden, serta tindak lanjut perbaikan mutu. Dinas Kesehatan Kota Bekasi disarankan memperkuat pembinaan dan monitoring pasca perizinan untuk memastikan keberlanjutan penerapan standar, sedangkan pengelola klinik perlu meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan, dokumentasi mutu, audit internal, pelaporan insiden, dan tindak lanjut perbaikan secara berkelanjutan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Universitas Respati Indonesia, Dinas Kesehatan Kota Bekasi, serta Klinik A, Klinik B, Klinik C, dan Klinik D atas dukungan dan kontribusinya dalam pelaksanaan penelitian. Terima kasih juga disampaikan kepada seluruh informan yang telah berpartisipasi dan memberikan informasi selama proses penelitian.

REFERENSI

- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., Nigatu, F., Zewdie, A., Wolka, E., & Assefa, Y. (2023). Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, 893. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>
- McCullough, K., Andrew, L., Genoni, A., Dunham, M., Whitehead, L., & Porock, D. (2022). An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 46(1), 159–176. <https://doi.org/10.1002/nur.22291>
- Haemmerli, M., Asante, A., Susilo, D., Satrya, A., Abdul Fattah, R., Cheng, Q., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Gilson, L., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2022). Using measures of quality of care to assess equity in health care funding for primary care: Analysis of Indonesian household data. *BMC Health Services Research*, 22, 1349. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08739-z>
- Mutia, D., & Dhamanti, I. (2023). Patient safety culture measurement in primary health care: Literature review. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(2), 418–430. <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol9.Iss2.1343>

- Tabrizi, J. S., 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>
- Kalantari, H., Raeissi, P., Aryankhesal, A., Hashemi, S. M., & Reisi, N. (2024). Patient safety domains in primary healthcare: A systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 34(1), 73–84. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v34i1.9>
- Olesen, A. E., Juhl, M. H., Deilkås, E. T., & Kristensen, S. (2024). Review: Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care—a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units. *BMC Primary Care*, 25, 37. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02273-z>
- Pereira, S. C. A., Ribeiro, O. M. P. L., Fassarella, C. S., & Santos, E. J. F. (2024). The impact of nursing practice environments on patient safety culture in primary health care: A scoping review. *BJGP Open*, 8(1), BJGPO.2023.0062. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0062>
- O'Malley, R., O'Connor, P., & Lydon, S. (2024). Strategies that facilitate the delivery of exceptionally good patient care in general practice: A qualitative study with patients and primary care professionals. *BMC Primary Care*, 25, 141. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02352-1>
- Fihri Fassi, C., Mourajid, Y., Azilagbetor, D. M., Sabri, A., Chahboune, M., & Hilali, A. (2024). Assessment of patient safety culture in Moroccan primary health care: A multicentric study. *BMC Nursing*, 23, 189. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01864-6>