

PENDAPAT DAN HARAPAN STAKEHOLDER TERHADAP TARIF DAN MUTU PELAYANAN KAMAR UTAMA DI RSUD KOTA YOGYAKARTA

*OPINION AND STAKEHOLDERS' EXPECTATION TO TARIFF AND SERVICE
QUALITY OF VIP ROOM IN YOGYAKARTA MUNICIPALITY HOSPITAL*

Choirul Anwar¹, Laksono Trisnantoro²

¹Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan,
FK UGM, Yogyakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: In the middle of the year 2000 Yogyakarta Municipality Hospital opened new service to fulfill the demand of the middle and upper class by opening Very Important Person (VIP) room. This new product aims to improve the service quality and at the same time to receive financial sources for hospital. In the early phase, tariff had not been calculated according to unit cost, and only set to other hospitals in Yogyakarta Municipality. The research aims to discuss opinion and expectation of stakeholders about tariff and service quality of VIP room in Yogyakarta Municipality Hospital.

Methods: The design of this study is observational. The subjects were: 1) external stakeholders, i.e. Local Parliament members, patients or their family members, 2) internal stakeholders, i.e. the specialists. Qualitative approach was used in this study using open-ended questionnaires, focus group discussion and in-depth interview.

Results: Patient's opinion about the tariff was appropriate compared with the service quality. However, there were many complaints from community about tangible aspect of the hospital service. The increased of the tariff should be delayed. Specialist respondents said that there was a relation between service quality and tariff to affect the patient's satisfaction. They expected for the openness and fairness of their medical fee. Members of Local Parliament gave a autonomy of setting the VIP tariff. They expected that VIP room would provide commitments of the providers and improve patients' satisfaction. The revenue of the VIP room was not for cross subsidy.

Conclusion: The VIP tariff is not set for a cross subsidy. The rational and fair tariff should increase commitment of the provider. The tariff should aim to meet high quality of service and professional standard.

Keywords: stakeholder, tariff, customer satisfaction, and quality of the service.

PENGANTAR

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Yogyakarta sebagai rumah sakit milik pemerintah Daerah Tingkat II merasakan adanya perubahan di era otonomi daerah dan globalisasi ini. Berkurangnya dana pemerintah

pusat ke rumah sakit sebagai dampak adanya otonomi daerah harus diikuti dengan peningkatan efektivitas dan efisiensi di RSUD Kota Yogyakarta. Pada saat ini RSUD kota Yogyakarta mempunyai 117 tempat tidur dari kelas IIIB, IIIA, II, I dan Utama (VIP) yang

dilayani oleh 27 orang tenaga medis, 91 perawat, 36 orang paramedis non-perawatan dan 95 orang tenaga umum.

Pengembangan kamar VIP ini untuk RSUD Yogyakarta layak diwujudkan mengingat pangsa pasarnya tersedia yaitu keluarga yang sosial ekonominya menengah ke atas cukup tinggi. Data statistik menunjukkan bahwa sektor usaha jasa dan perdagangan mencapai 59% dari agregat ekonomi kota. Dengan demikian pengembangan kamar VIP ini diharapkan akan meningkatkan pendapatan RSUD Kota Yogyakarta guna memperkuat sumber dana rumah sakit di era otonomi daerah, seperti juga pernyataan yang pernah disampaikan walikota bahwa diharapkan rumah sakit dapat menghidupkan dan mengembangkan rumah sakitnya dengan penghasilannya sendiri.

Rata-rata pendapatan kamar VIP per bulan adalah Rp10.171.642,00. Namun yang menjadi pertanyaan adalah apakah pendapatan (pendapatan per unit pelayanan) tersebut telah mengakomodasi biaya yang dikeluarkan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien? Hal ini patut menjadi pertanyaan karena pada awal penetapan tarif kamar VIP hanya bersifat coba-coba karena tidak ada informasi biaya. Tarif pasien kamar VIP berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Yogyakarta No.11 Tahun 2000 adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Tarif Pasien Kamar Utama (VIP)

Kelas Perawatan	Akomodasi (Rp.)	Jasa Pelayanan (Rp.)	Jumlah (Rp.)
Utama C	Rp60.000,00	Rp30.000,00	Rp90.000,00
Utama B	Rp80.000,00	Rp40.000,00	Rp120.000,00
Utama A	Rp100.000,00	Rp50.000,00	Rp150.000,00

Penentuan tarif tersebut merupakan kesepakatan bersama antara pihak eksekutif dan legislatif (Dewan Perwakilan Rakyat atau DPR) sebagai salah satu *stakeholders*. Adapun proses yang harus ditempuh dimulai dengan

pengusulan tarif oleh RSUD kepada Walikota, kemudian diajukan ke rapat pleno DPR, dilanjutkan pembahasan oleh Panitia Khusus (Pansus) bersama eksekutif, pembahasan oleh fraksi-fraksi sampai kepada pendapat akhir fraksi sesuai mekanisme yang ada.

Dalam proses pembahasan tersebut terjadi tawar menawar antara pihak eksekutif dengan legislatif yang diwarnai oleh pertimbangan-pertimbangan tertentu berdasarkan kepentingan masing-masing pihak. Pihak eksekutif menginginkan tarif yang rasional agar dapat menutup ongkos pelayanan ditambah dengan *mark up* tertentu untuk kamar VIP agar terjadi subsidi silang. Sementara pihak legislatif menginginkan tarif yang murah namun berkualitas. Dengan demikian perlu diteliti lebih lanjut tentang kebijakan yang akan diambil oleh pihak eksekutif maupun legislatif dalam memutuskan pola tarif di RSUD Kota Yogyakarta terutama tarif kamar VIP.

Selain dari pihak eksekutif maupun legislatif, perlu mempertimbangkan aspek kemampuan dan kemauan pasien dalam melakukan pembayaran. Berdasarkan survei tarif pelayanan kamar VIP yang diberlakukan saat ini, hasil menunjukkan bahwa tarif masih terjangkau oleh masyarakat. Namun hal ini perlu ditelaah lebih lanjut tentang adanya keterkaitan tarif yang diberlakukan dengan mutu pelayanan kamar VIP yang telah diterima pasien atau konsumen sebagai *stakeholders* lainnya. Hal ini perlu dilakukan karena apabila ditemukan ketidaksesuaian antara tarif dengan mutu pelayanan, dikhawatirkan kemauan pasien untuk dirawat inap di kamar VIP akan menurun sehingga tujuan pengadaan kamar VIP untuk membantu kelangsungan hidup rumah sakit dan memberikan subsidi silang bagi masyarakat pengguna dari kalangan ekonomi lemah tidak akan tercapai. Citra masyarakat tentang mutu pelayanan rumah sakit pemerintah yang dinilai masih kurang atau dibawah mutu pelayanan rumah sakit swasta, harus menjadikan perhatian para penentu kebijakan tarif.

Pada awal pengoperasian kamar VIP di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2000, tarif yang ditetapkan belum dihitung menurut biaya pelayanan dan hanya berdasarkan penyesuaian terhadap tarif rumah sakit sejenis disekitarnya. Pokok permasalahan yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah: Bagaimana penilaian dan harapan *stakeholders* terhadap tarif dan mutu pelayanan kamar VIP di RSUD Kota Yogyakarta?

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang penilaian dan harapan *stakeholders* tentang tarif dan mutu pelayanan kamar VIP di RSUD kota Yogyakarta.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional (non-eksperimental), dengan menggunakan data kualitatif dan kuantitatif.

Subyek penelitian ini adalah *stakeholders* eksternal (anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah atau DPRD Kota Komisi E dan pasien atau keluarga) dan *stakeholders* internal (dokter spesialis).

Instrumen penelitiannya adalah: 1). Kuesioner dan pertanyaan terbuka tentang kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan, diadopsi dari Parasuraman, *et al*¹ yang terdiri dari 5 dimensi mutu yaitu *tangibles* (4 aitem), *reliability* (3 aitem), *responsiveness* (5 aitem), *assurance* (6 aitem) dan *empathy* (8 aitem), dan yang menjadi responden adalah pasien atau keluarga, 2). Pedoman wawancara mendalam tentang kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan, responden dokter spesialis dan 3). Pedoman Diskusi Kelompok Terarah (DKT) tentang kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan, responden anggota DPRD.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pandangan anggota DPRD tentang tarif menunjukkan bahwa mereka tidak berpendapat secara kaku tentang berapa jumlah yang ditetapkan karena prioritas konsumen memilih

rumah sakit adalah menilai mutunya dan kebutuhan pasien perlu terpenuhi terlebih dahulu. Namun perlu diingat bahwa misi rumah sakit pemerintah yang utama yaitu memberikan pelayanan yang murah dan terjangkau kepada orang miskin sehingga pengadaan kamar VIP bukan dimaksudkan semata-mata untuk mendapatkan keuntungan tetapi untuk mencari sumber keuangan lain dari masyarakat yang mampu. Sebagian besar pasien (70%) menilai tarif yang dikenakan sekarang masih murah, namun apabila ada rencana menaikkan tarif pada prinsipnya mereka setuju dengan catatan mutu pelayanannya ditingkatkan. Hal serupa juga disampaikan oleh dokter yang mengirim pasien ke kamar VIP. Namun mereka juga menegaskan bahwa mutu pelayanan memiliki beberapa aspek antara lain fasilitas, sumber daya manusia, kebersihan dan kenyamanan untuk pasien.

Bagi dokter yang mengirimkan pasien ke kamar VIP, struktur tarif perlu dibuat lebih fleksibel dan jelas. Mulai dari penetapannya, besarnya, maupun kesesuaian dengan kebutuhan pelayanan medis oleh dokter dari luar rumah sakit yang mengirim pasien atau ikut merawat pasien di kamar VIP. Proses pembuatan tarif itu sendiri selama ini dirasakan terlalu lama, sehingga pada saat ditetapkan sudah tidak relevan dengan kebutuhan rumah sakit. Birokrasi yang dilalui perlu diperpendek, sehingga proses menjadi lebih cepat dan efisien. Hal itu perlu dilaksanakan cukup dengan Surat Keputusan (SK) direktur dan diketahui oleh Walikota sebagai pemilik rumah sakit daerah. Kejelasan tarif terutama juga menyangkut komponen jasa yang akan diterima oleh para dokter. Hal ini juga akan memotivasi dokter untuk menggunakan kamar VIP sebagai tempat perawatan bagi pasiennya dengan tetap memperhatikan profesionalisme dokter, sehingga mutu pelayanan tetap terjaga.

Perbaikan mutu pelayanan dan sarana prasarana, jika tanpa didukung oleh kemam-

puan finansial (keuangan) tidak akan terwujud. Sebagai acuan menurut Mulyadi² bahwa pelanggan yang puas, mendatangkan keuntungan keuangan bagi rumah sakit dan untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan diperlukan karyawan yang produktif dan berkomitmen, sehingga diperlukan pembelajaran sumber daya manusia (SDM). Pemanfaatan *stakeholders* oleh penyelenggara rumah sakit, perlu dinilai sebagai suatu peluang atau kesempatan untuk pencapaian tugas, fungsi, dan sasaran pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan adanya komentar tentang perbaikan SDM mulai dari keterampilan sampai sikap. Hal ini juga mendapat kritikan dari *stakeholders* dalam penelitian ini.

Hanafi³ menemukan bahwa *stakeholders* merupakan pihak yang dapat menentukan kelangsungan hidup organisasi. Oleh karena itu, peran *stakeholders* yang positif sangat diharapkan oleh pihak rumah sakit dalam menjalankan fungsi pelayanannya. Demikian pula lingkungan, kesesuaian antara penyediaan pelayanan kesehatan serta kebutuhan pelanggan, mutu pelayanan kesehatan, dan kebijakan-kebijakan yang diambil oleh *stakeholders*, merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berkurangnya keluhan pasien terhadap fungsi pelayanan kesehatan.⁴

Berkenaan dengan otonomi daerah, maka beban pemerintah daerah akan kebutuhan pembiayaan rumah sakit semakin bertambah. Demikian pula adanya hal yang dirasakan pihak penyelenggara rumah sakit tentang keterbatasan anggaran pembiayaan yang secara persentase semakin menurun dari total pembiayaan rumah sakit, sehingga perlu diciptakan peluang kerja sama dengan lembaga pengelola asuransi kesehatan. Usaha ini dapat mengurangi beban masyarakat akan pembiayaan pelayanan kesehatan yang semakin mahal. Seperti harapan anggota DPRD Kota Yogyakarta tentang Asuransi

Kesehatan (Askes) diperlukan suatu rasionalisasi pembiayaan. Asuransi Kesehatan (Askes) sebagai pemegang dan pengumpul dana harus memberikan pelayanan yang baik bagi kliennya. Pernyataan lain tentang pembiayaan dari DPRD Kota Yogyakarta adalah untuk gedung dan sarannya yang diharapkan masih ada komitmen pemerintah untuk mensubsidi hal tersebut. Berkenaan dengan hal ini, Alkatiri, dkk.,⁵ dan Trisnantoro⁶ menyatakan bahwa penggunaan pendapatan dari pelayanan kesehatan melalui *cost recovery* untuk dimanfaatkan pada sektor lain diluar sektor kesehatan justru merupakan inefisiensi yang regresif. Pemasukan daerah yang diperoleh dari pendapatan rumah sakit seharusnya dikembalikan seluruhnya untuk operasional dan pemeliharaan fasilitas kesehatan tersebut. Pembiayaan pelayanan kesehatan harus memberi andil kepada peningkatan keadilan dan pemerataan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, pelayanan medik yang berkesinambungan dan komprehensif, serta peningkatan mutu pelayanan. Dengan demikian proses untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit harus terus diupayakan.

Pandangan pasien terhadap perawatan disimpulkan sebagai kepuasan, dan merupakan suatu tanda kualitas perawatan, termasuk diantaranya yaitu adanya lingkungan fisik yang nyata.⁷ Pada penelitian ini mutu pelayanan pada dimensi wujud nyata didapatkan hasil sebanyak 56,6% responden yang menyatakan ketidakpuasannya. Dibandingkan dengan dimensi mutu lainnya, hanya masalah wujud nyata (*tangible*) saja yang mendapatkan penilaian ketidakpuasan pasien. Hal ini juga didukung oleh responden dokter yang mengirim pasiennya ke kamar VIP. Demikian pula pasien dan anggota DPRD Kota Yogyakarta berpendapat bahwa masalah fasilitas fisik dan penampilannya seperti cat yang sudah mengelupas, kebersihan,

keindahan dan kenyamanan ruang pasien serta akses menuju ruang utama perlu mendapat perhatian yang serius.

Yang merupakan problem besar bagi rumah sakit adalah lantai dan dinding serta toilet yang kotor sehingga perlu dibersihkan dengan menjaga atau merawatnya agar tetap dapat digunakan dan berfungsi baik. Ini memerlukan waktu cukup lama untuk mendidik publik bagaimana menggunakan fasilitas tersebut dengan benar.⁸ Hal ini sesuai dengan prinsip pendirian rumah sakit yang harus memperhatikan faktor lingkungan untuk menunjang kesehatan pasien. Tuntutan akan lingkungan rumah sakit yang sehat dan bersih serta nyaman sangat diharapkan oleh pasien yang menjalani rawat inap. Menurut Damisworo⁹, bahwa perilaku individu atau kelompok dalam sebuah komunitas merupakan tindakan yang dirangsang dan dipengaruhi oleh bentuk ruang dan fasilitas yang tersedia lengkap. Berdasarkan pendapat tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa fasilitas mempunyai hubungan dengan perilaku konsumen dan perilaku konsumen dapat dijadikan oleh rumah sakit untuk mengembangkan fasilitas yang lebih baik dan lengkap. Aspek pemeliharaan sarana dan prasarana di rumah sakit pemerintah terlebih di kamar VIP membutuhkan "revolusi budaya" yang sungguh-sungguh. Sudah waktunya manajemen rumah sakit menerapkan "budaya mutu" dengan ketat. Salah satu alternatif yaitu adanya trilogi juran, *quality planning*, *quality controlling*, serta *quality improvement*.

Berdasarkan kuesioner tertutup tentang kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan hampir pada seluruh dimensi menunjukkan kepuasan pasien. Namun ketidakpuasan akan mutu dapat dianalisis dari pernyataan terbuka pasien dari saran-saran tentang layanan informasi dan komunikasi yang komunikatif dari petugas kesehatan masih harus ditingkatkan. Begitu pula komentar yang diberikan oleh dokter tentang kurangnya masalah tersebut.

Adanya ketidakpuasan sikap petugas dalam melakukan tindakan dan kemampuan petugas memberikan informasi atau komunikasi, maka diperlukan pembinaan dan semangat motivasi yang terus menerus agar tidak menimbulkan keluhan pasien. Hal ini juga menunjukkan bahwa harapan pasien terhadap pelayanan komunikasi, informasi dan hubungan interpersonal oleh dokter dan petugas paramedis atau non-medis di ruangan serta dokter jaga dan fasilitas darurat sangat dibutuhkan pasien di kamar VIP. Pendapat Donabedian¹⁰, bahwa dua elemen kinerja seorang dokter atau perawat adalah teknis medis dan hubungan interpersonal.

Menurut Azwar¹¹, bahwa mutu pelayanan kesehatan dari segi pemakai jasa meliputi dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan, serta keramahmatan petugas dalam melayani pasien. Berdasarkan hasil penelitian Anggono¹² mendapatkan bahwa kepuasan atas perilaku perawat menduduki urutan tertinggi dibanding kepuasan atas keterampilan perawat maupun kepuasan atas fasilitas atau lingkungan keperawatan dan mempunyai keeratan hubungan dengan kepuasan umum. Harapan pasien datang ke rumah sakit antara lain untuk kesembuhan, pelayanan yang bermutu, dan pemahaman atas penyakit atau gangguan kesehatan lainnya. Oleh karenanya ketiga faktor dimensi kepuasan pelayanan (lingkungan, fasilitas, dan mutu pelayanan) diperlukan untuk mendekatkan antara harapan dan kenyataan pelayanan yang diterima. Hal ini semua juga ditemukan pada hasil penelitian responden pasien tentang alasan memilih kamar VIP.

Salah satu indikator kinerja rumah sakit yang baik adalah terbentuknya kepuasan pasien dan keluarganya. Hal itu meliputi indikator eksternal, yaitu: 1). komunikasi atau pelayanan yang komunikatif, 2). *image* rumah sakit, 3). insentif atau hadiah, 4). teKnik

pengenalan atau promosi, 5). kelas sosial, dan 6). keluarga. Adapun indikator internal yaitu: 1). motivasi, 2). kebutuhan pasien, 3). kepribadian, dan 4). kecenderungan pasien untuk mengambil risiko. Krisner¹³ mengatakan keanekaragaman pasien baik kepribadian, pendidikan, status sosial, serta kondisi penyakit sering menyebabkan adanya reaksi emosional. Maka petugas kesehatan perlu berbicara kepada pasien untuk menyelami keinginan dan harapan mereka.

Mutu pelayanan dapat diamati dari dua sisi penting faktor pendukung kelangsungan aktivitas rumah sakit yaitu kinerja tenaga pelayanan kesehatan (internal) dan persepsi atau penilaian pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan (eksternal). Tak dapat dipungkiri bahwa pelayanan yang bermutu menjadi sesuatu yang terus menerus berkembang sesuai dengan peningkatan pendidikan dan kesejahteraan masyarakat, sehingga tuntutan terhadap mutu pelayanan juga semakin tinggi. Demikian pula keinginan pelanggan perlu didengar oleh penyelenggara rumah sakit. Termasuk juga DPRD Kota Yogyakarta sebagai wakil rakyat di bidang legislatif harus dapat menyuarakan keinginan rakyat dalam hal ini.

Keberadaan perusahaan ditentukan oleh kemampuan produk dan jasa dalam memenuhi kebutuhan pelanggan. Bukan adanya atasan dan bukan diri sendiri yang menjadi tujuan pekerjaan, namun pelanggan merupakan tujuan pekerjaan. Jika pelayan kesehatan dengan ringan hati memberi pelayanan kepada pelanggan maka pelanggan akan merasa dipedulikan dan hal ini akan mengikat pelanggan. Nilai personal "kesediaan untuk melayani" pelanggan dapat tercipta jika setiap anggota organisasi memiliki nilai "kerendahan hati", sehingga mereka mampu menerima setiap keluhan pelanggan.² Sikap-sikap semacam ini perlu dijadikan etos kerja seluruh karyawan di rumah sakit sebagai tanggung jawab profesional.

Penelitian ini secara metodologis mempunyai banyak kelemahan. Dalam pengambilan data melalui diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam peneliti sendiri bertindak sebagai pemandu. Pada saat itu peneliti mempunyai keterikatan yang kuat dengan rumah sakit yang diteliti. Hal ini dapat menimbulkan data yang diperoleh belum mencerminkan yang sesungguhnya karena ada keseganan responden dalam mengungkapkan jawaban pertanyaan yang diajukan, meskipun peneliti sudah berupaya meminimalkannya dengan cara menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian dan tidak ada tendensi apapun atas jawaban yang diberikan responden.

Kelemahan lainnya dalam penelitian ini adalah tidak dilakukannya observasi secara terstruktur terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap dimensi mutu pelayanan. Penelitian ini juga tidak mengidentifikasi kebutuhan pasien sebagai salah satu aspek bahwa hal penting dalam pelayanan adalah kebutuhan pasien dapat terpenuhi sehingga pasien akan terpuaskan.

Pada penelitian ini hanya *stakeholders* internal tertentu saja yang diteliti, padahal dalam penetapan tarif dan mutu pelayanan perlu kiranya meminta pendapat *stakeholders* internal lain seperti misalnya perawat dan tenaga administrasi lainnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Pendapat *stakeholders* internal dan eksternal menunjukkan bahwa tarif pelayanan kelas utama (VIP) di RSUD Kota Yogyakarta yang berlaku saat ini masih murah dan terjangkau oleh masyarakat, dan perlu adanya kebijakan kenaikan tarif pelayanan kamar VIP untuk meningkatkan mutu pelayanan.

2. Pendapat *stakeholders* internal tentang mutu pelayanan kamar VIP di RSUD kota Yogyakarta cukup baik. Sedangkan dari *stakeholder* eksternal tentang mutu pelayanan kamar VIP di RSUD Kota Yogyakarta belum baik terutama bila ditinjau dari dimensi *tangible*.
3. Harapan *stakeholders* internal dan eksternal terhadap kebijakan kenaikan tarif kamar VIP di RSUD Kota Yogyakarta dapat disetujui bila disertai peningkatan mutu pelayanan.
4. Harapan *stakeholders* terhadap mutu pelayanan kamar VIP di RSUD Kota Yogyakarta yaitu perlu adanya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan standar profesi dan standar mutu pelayanan.
 - c. Penyegaran atau kursus pelayanan pelanggan (*customer service*), agar dapat memberikan pelayanan yang komunikatif dan lebih ramah.
 - d. Perlu melakukan revisi terhadap kebijakan insentif yang ada saat ini agar lebih jelas dan adil bagi semua petugas yang terlibat dalam pelayanan kamar VIP rumah sakit.
 - e. Meningkatkan kerjasama dengan rumah sakit lain yang mempunyai fasilitas lebih lengkap dan juga kerja sama dengan dokter ahli lainnya sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - f. Secara terus menerus mengupayakan perbaikan pelayanan kamar VIP melalui peningkatan efektivitas dan produktivitas dengan peningkatan kualitas tenaga dan peningkatan sarana dan prasarana di kamar VIP.
 - g. Perlu peninjauan kembali tarif pelayanan kamar VIP yang berlaku sekarang dan segera merealisasi tarif baru. Selain itu perlu pula dibentuk tim perumus tarif untuk menambah variasi tarif baru untuk pelayanan terpadu, menentukan struktur tarif dan mensosialisasikan tarif kepada *stakeholders*.

Saran

1. Bagi Pemerintah Yogyakarta sebagai pemilik rumah sakit disarankan untuk meningkatkan anggaran rutin pembiayaan rumah sakit untuk operasional dan pemeliharaan fasilitas. Pemerintah Daerah (Perda) perlu mengembangkan kebijakan tarif yang berdasarkan pada *unit cost* dan proses penentuannya cukup dengan Surat Keputusan (SK) Walikota, sedangkan bagi kelas lainnya melalui Perda.
2. Bagi DPRD Yogyakarta Komisi E agar memberikan dukungan anggaran untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, dalam memenuhi harapan semua pihak terlebih masyarakat pengguna jasa, dan mendukung kebijakan pemerintah daerah dalam menetapkan kebijakan tarif.
3. Bagi penyelenggara RSUD Kota Yogyakarta, dapat direncanakan langkah-langkah perbaikan mutu pelayanan dengan cara:
 - a. Memperbaiki kinerja manajemen instalasi pemeliharaan sarana kelas utama (VIP) rumah sakit.
 - b. Perbaiki bangunan fisik atau gedung perawatan kamar VIP, setara dengan rumah sakit yang lebih maju.
4. Bagi peneliti selanjutnya:
 - a. Dapat melakukan penelitian dengan menggali pendapat dari *stakeholders* eksternal (pasien atau keluarga) dengan menggunakan instrumen tambahan seperti pedoman observasi dan wawancara mendalam, sedangkan untuk *stakeholders* eksternal (DPRD) instrumennya perlu ditambah pedoman wawancara mendalam.
 - b. Perlu dilakukan triangulasi pada *stakeholders* yang lain. *Stakeholders* internal perlu ditambah secara kuantitas untuk mewakili populasi dokter spesialis setempat.

- c. Responden *Stakeholders* internal perlu diperluas dari profesi yang lain baik medis maupun non-medis.

KEPUSTAKAAN

1. Parasuraman, A., Valarie, A., Zeithame and Leonard L.B. A Conceptual Model of Service Quality and It's Implications for Further Research. *Journal Marketing*. 1985; 49(Fall):41-50.
2. Mulyadi. Strategic Management System Dengan Pelaksanaan Balance Score Card, Seminar Relevansi Konsep Balance Score Card Dalam Manajemen Rumah Sakit Indonesia Kontemporer. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta. 1996.
3. Hanafi, M.M. Manajemen, UPP AMP YKPN, Yogyakarta. 1997.
4. Trisnantoro, L. Prinsip-Prinsip Manajemen Pelayanan Kesehatan. Modul Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta. 2000.
5. Alkatiri, A., Soejitno, S., Ibrahim, E. Menuju Abad 21 dengan Pelayanan yang Proaktif. Sesama Mitra Sukses. Jakarta. 1997.
6. Trisnantoro. Prinsip-Prinsip Ekonomi untuk Manajemen Rumah Sakit. Modul Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta. 1999.
7. Jacobalis, S. Beberapa Teknis Dalam Manajemen Mutu, Materi Kuliah MMR, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1993.
8. Pearson, C.A. Medical Administration for Front Line Doctors: A Practical Guide to the Management of District Level Hospitals in Public Service or the Private Sector, BPCC Wheactions Ltd., Great Britain. 1990.
9. Damisworo. Kota Sebagai Wadah Transformasi dan Wilayah Ekologi. *Majalah Konstruksi*, PT. Trend Pembangunan, Jakarta. 1990.
10. Donabedian, A. The Quality of Care, How Can It be Assessed? *Journal of The American Medical Association*. 1998;260(12):1743-8.
11. Azwar, A. Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah. Yayasan Penerbit IDI. Jakarta. 1994.
12. Anggono, J.B. Faktor-Faktor Penentu Tingkat Kepuasan Penderita Atas Layanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS St. Elisabeth Semarang, Tesis. Program Pascasarjana, Universitas Indonesia, Jakarta. 1996.
13. Krisner, J. A. Doctors View of The Doctor-Patient Relationship dalam DPR Seminar. University of Chicago. 1990.