

**HUBUNGAN PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN PADA
PENDAPATAN APOTEK DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI
DAN PROTHESE PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA**



SKRIPSI

Oleh:

Feliciana Agin Nova

NIM. F 1200062

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2003**

**HUBUNGAN PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN PADA
PENDAPATAN APOTEK DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI
DAN PROTHESE PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA**



SKRIPSI

Diajukan Untuk Melengkapi Tugas-tugas dan Memenuhi
Syarat-syarat Untuk Mencapai Gelar Sarjana Ekonomi
Universitas Sebelas Maret
Surakarta

Oleh:

Feliciana Agin Nova

NIM. F1200062

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2003

ABSTRAKSI
HUBUNGAN PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN PADA
PENDAPATAN APOTEK DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI DAN PROTHESE
PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA

Feliciano Agin Nova Sandri

F 1200062

Masalah yang hendak dicari jawabannya dalam penelitian ini adalah ada tidaknya hubungan antara mutu pelayanan dengan tingkat kedatangan konsumen dengan pendapatan apotek di Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R Soeharso Surakarta.

Rencana Analisis:

- (a) Analisis Chi-Square untuk mengetahui korelasi antara variabel satu dengan yang lainnya.
- (b) Pengujian apakah ada hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan yang meliputi reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangibles, apakah ada hubungan dengan pendapatan menggunakan Test of Independency.
- (c) Untuk mengetahui tingkat kuat lemahnya tingkat keeratan hubungan yang terjadi antara reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangibles dengan kedatangan konsumen digunakan Contingency Coefficient.

Sehubungan dengan masalah tersebut diajukan hipotesis sebagai berikut :

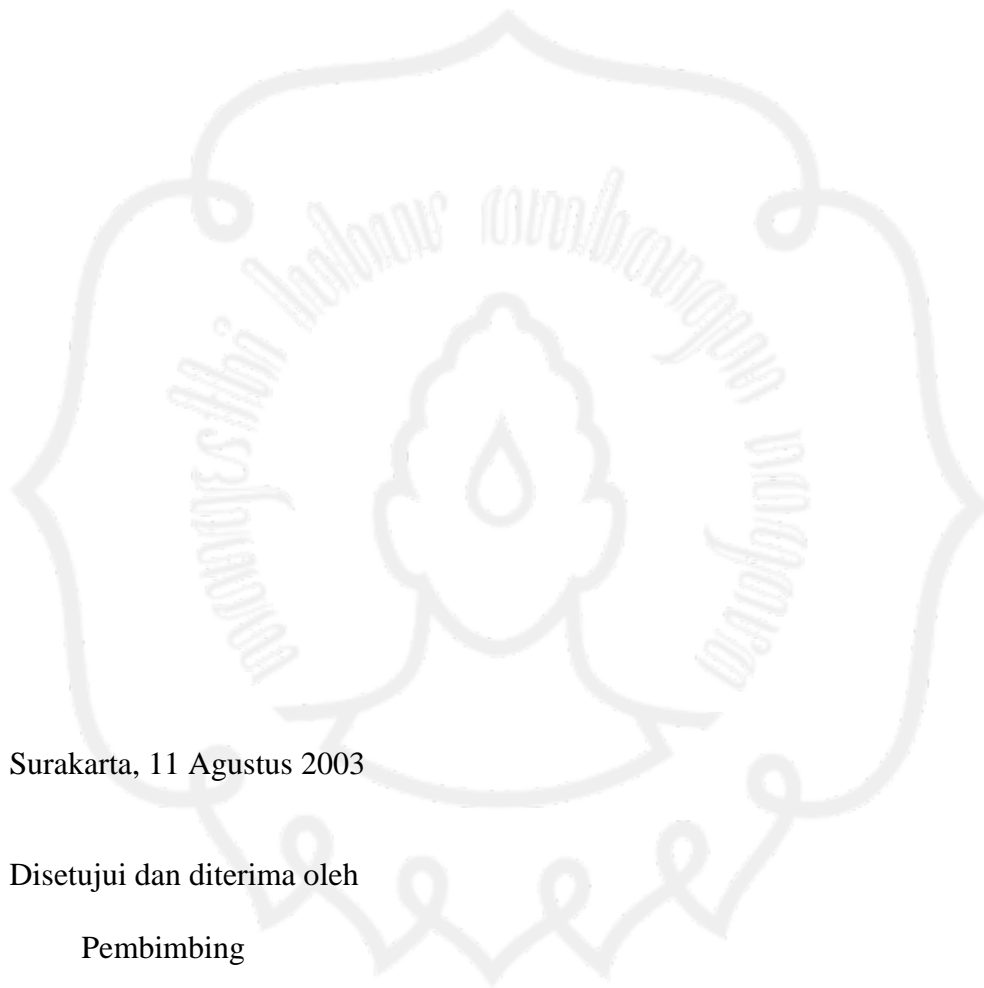
- (a) Diduga ada hubungan antara pola kedatangan konsumen dengan pendapatan apotek.
- (b) Diduga ada hubungan antara pola kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan. Sejalan dengan masalah tersebut dan hipotesis penelitian maka penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan metode Micro Statistik (Contingensi Coeficient dan Chi Square).

Hasil analisis menunjukkan bahwa, ada pengaruh yang positif antara pendapatan dengan pola kedatangan konsumen di RSOP Prof. Dr. R Soeharso di Surakarta dengan uji crosstab kedatangan konsumen dengan pendapatan hasilnya signifikan (12,540) demikian dengan cara yang sama dapat dibuktikan bahwa ada pengaruh antara tingkat kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan dan dengan pendapatan apotek, yaitu Contingen dan Contingensi maximum yaitu C 0,710 dengan Cmax 0,816 dekat adanya.

Dari bukti-bukti tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pengendalian mutu pelayanan pada pendapatan apotek di Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut diajukan saran-saran agar mutu pelayanan terhadap konsumen dapat terus ditingkatkan sehingga pendapatan semakin besar dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai, yaitu keuntungan serta pelayanan pada masyarakat yang sangat membutuhkan.





Surakarta, 11 Agustus 2003

Disetujui dan diterima oleh

Pembimbing

Drs. Susanto Tirtoprodjo

NIP. 139 472 196

Telah disetujui dan diterima baik oleh team penguji skripsi Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret guna melengkapi tugas-tugas dan memenuhi syarat-syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Manajemen.

Surakarta, 4 November 2003

1. (Ketua) Drs. Atmaji, M M NIP. 131472193 (.....)
2. (Sekretaris) Drs. Susanto Tirtoprodjo NIP.131472196 (.....)
3. (Bendahara) Drs. Heru Purnomo, M M NIP. 131638770 (.....)

MOTTO :

- Tidak ada sesuatupun yang gratis, tidak ada sesuatu yang ajaib, dan hanya ada sedikit pemecahan yang sederhana. Segala sesuatu dinilai berdasarkan usaha, disiplin, uang atau waktu. (Cecil G Osborne)
- Kehidupan bagaikan bawang. Anda mengupasnya lapis demi lapis dan terkadang disertai tangisan. (Carl Sandburg)
- Anda menanyakan arti hidup? Mengapa kita hidup sekarang ini? Mudah sekali. Hidup kita adalah untuk menemukan arti hidup. (C Gillette)
- Apa yang dipikirkan orang tentang dirinya ... menentukan nasibnya. (Henry David Thoreau)
- Kelemahan kita yang paling jahat adalah memandang rendah diri sendiri. (Montaigne)
- Hidup memang sulit, tetapi masih jauh lebih baik daripada kematian...(Gabriel Montalban)

Penulis mempersembahkan skripsi ini kepada :

Ayah dan Ibuku yang telah membesarkan aku.

Adikku Ahendri dan Celerina yang tercinta.

Handai taulan, sahabat, dan my baby.

Almamaterku tercinta.

Solo kotaku.

Indonesia negriku.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Pengasih atas kasih karuniaNya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul " Hubungan Pengendalian Mutu Pelayanan Pada Pendapatan Apotek di Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta".

Penyusunan skripsi ini guna memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan berbagai pihak, oleh karena itu Penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Dra. Salamah Wahyuni, SU selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret yang telah memberikan izin penyusunan skripsi ini.
2. Drs. Atmaji, MM selaku Pembantu Dekan I yang telah menyetujui atas permohonan skripsi ini.
3. Drs. Heru Agustanto, ME selaku Sekretaris Jurusan Manajemen Program Extensi yang telah menyetujui permohonan judul skripsi ini.
4. Drs. Susanto Tirtoprodjo selaku pembimbing yang telah membimbing Penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Drs. Atmaji, MM, Drs. Susanto Tirtoprodjo, Drs. Heru Purnomo, MM selaku penguji yang memberikan masukan kepada Penulis.

6. Dr. Joko Sedyarto, DTM & H. Msc. selaku Direktur Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang telah memberi izin Penulis mengadakan penelitian di tempatnya.
7. Drs. Imam Mahdi selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing Penulis selama masa perkuliahan.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.
Penulis berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surakarta, 11 Agustus 2003

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|-----------|
| KATA PENGANTAR..... | viii |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR TABEL..... | xii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xiv |
| BAB | |
| I. PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Perumusan Masalah..... | 3 |
| C. Tujuan dan Manfaat Penelitian..... | 3 |
| D. Metode Penelitian..... | 4 |
| II. KAJIAN TEORI TENTANG MUTU PELAYANAN PADA | |
| PENDAPATAN..... | 11 |
| A. Pengertian Tentang Mutu Pelayanan..... | 11 |
| B. Strategi Pengendalian Mutu Pelayanan..... | 11 |
| C. Strategi Pengelolaan Pendapatan..... | 21 |
| D. Analisis Pengaruh Pengendalian Mutu Pelayanan Pada | |
| Pendapatan..... | 40 |
| E. Kerangka Pemikiran..... | 41 |
| F. Hipotesis..... | 44 |

| | |
|--|----|
| III. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT DAN APOTEK..... | 45 |
| A. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit..... | 45 |
| B. Kedudukan, Fungsi dan Tugas Rumah Sakit..... | 52 |
| C. Lokasi Rumah Sakit..... | 56 |
| D. Organisasi Rumah Sakit..... | 56 |
| E. Penentuan Harga atau Tarif..... | 57 |
| F. Struktur Permodalan..... | 58 |
| G. Gambaran Umum Apotek..... | 58 |
| IV. ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN TENTANG HUBUNGAN PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN DAN PENDAPATAN..... | 60 |
| A. Penentuan Pengukuran Bagi Variabel Analisis..... | 60 |
| B. Analisis Chi-Square..... | 64 |
| V. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN..... | 73 |
| A. Kesimpulan..... | 73 |
| B. Implikasi Hasil Penelitian..... | 74 |
| C. Saran..... | 74 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 75 |
| LAMPIRAN..... | 77 |

DAFTAR TABEL

| TABEL | Halaman |
|---|---------|
| IV. 1. Hasil Penilaian Kedatangan Konsumen..... | 61 |
| IV. 2. Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Penanggapan..... | 61 |
| IV. 3. Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Jaminan..... | 62 |
| IV. 4. Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Perwujudan..... | 62 |
| IV. 5. Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Simpati..... | 63 |
| IV. 6. Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Kepercayaan..... | 63 |
| IV. 7. Hasil Penilaian Tentang Pendapatan..... | 64 |
| IV. 8. Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Penanggapan..... | 65 |
| IV. 9. Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Jaminan..... | 66 |
| IV.10 Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Perwujudan..... | 67 |
| IV.11 Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Dapat Dipercaya..... | 69 |
| IV.12 Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Simpati..... | 70 |
| IV. 13 Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan Pendapatan..... | 71 |

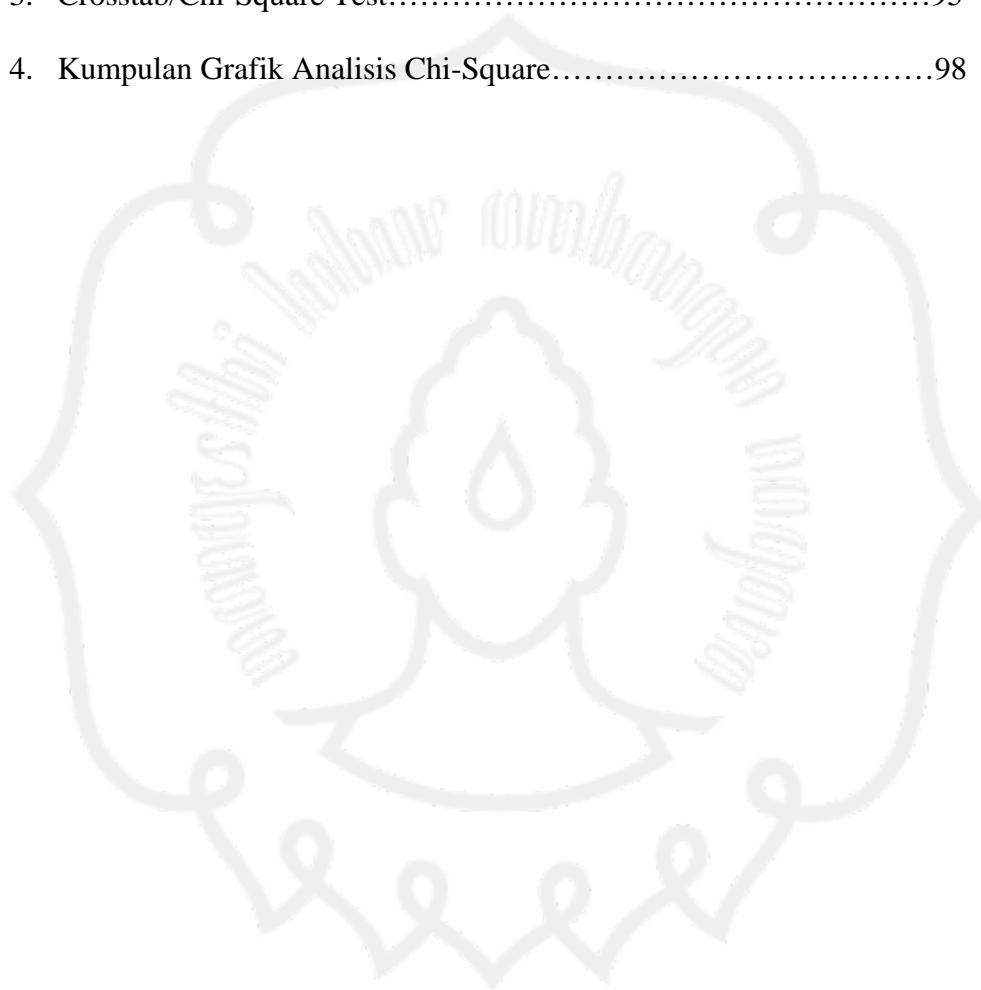
DAFTAR GAMBAR

| GAMBAR | Halaman |
|---|---------|
| 1.1. Komponen Service Quality..... | 42 |
| 3.1. Struktur Organisasi Rumah Sakit..... | 59 |



DAFTAR LAMPIRAN

| Lampiran | Halaman |
|---|---------|
| 1. Kuesioner | 77 |
| 2. Tabulasi Data Penelitian..... | 87 |
| 3. Crosstab/Chi-Square Test..... | 95 |
| 4. Kumpulan Grafik Analisis Chi-Square..... | 98 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada umumnya perusahaan jasa sangat diperlukan mutu pelayanan agar dapat memuaskan konsumen dan memenuhi tujuan perusahaan. Menurut penelitian terdahulu yang berjudul Analisis Kualitas Jasa Terhadap Kepuasan Pelanggan Easy Call Solo oleh Adi Saroni (1999). Hal itu menjadi pemacu semangat para tenaga medis untuk melayani konsumennya juga bagi konsumen itu mendorong mereka untuk memelihara dan mempertahankan kondisi kesehatan diri yang sempurna. Diantara fasilitas kesehatan yang ada salah satunya adalah apotek atau toko obat yang menyediakan segala kebutuhan tentang obat yang sedianya dapat menyembuhkan penyakit. Contohnya pada saat ini telah diproduksi obat generik atau obat murah untuk penyakit kanker (Buletin Siang, RCTI) yang telah membuktikan keganasannya dengan merenggut nyawa banyak orang. Apotek juga terbagi menjadi dua yaitu apotek swasta dan negeri. Untuk kali ini kita akan membahas apotek negeri yang berada di dalam Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. Suharso Solo. Yang telah tercatat dalam sejarah pelayanan kesehatan sebagai pelopor dan pengembangan pelayanan orthopedi dan prothese di Indonesia. Reputasi ini perlu dipertahankan atau bahkan ditingkatkan melalui kerja keras tenaga kesehatan, untuk meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam menghadapi pasar bebas era globalisasi.

Menurut penelitian yang berjudul "Implementasi Strategi Total Quality Service" dengan House of Quality dari teori Quality Function Deployment menggunakan 6 komponen yang membentuk suatu rumah (1) Tembok rumah sebelah kiri (masuk dari pelanggan) : berusaha menentukan persyaratan yang dikehendaki pelanggan dan berhubungan dengan produk, (2) Plafon/langit-langit rumah yang merupakan spesifik kinerja tertentu organisasi untuk memenuhi persyaratan pelanggan, (3) Tembok rumah sebelah kanan sebagai matrik perencanaan, matrik ini merupakan komponen yang digunakan untuk menerjemahkan persyaratan pelanggan kedalam rencana-rencana untuk memenuhi/melampaui persyaratan tersebut, (4) Bagian tengah rumah, persyaratan pelanggan di konversikan kedalam aspek-aspek pemanufakturan, (5) Daftar prioritas persyaratan proses pemanufakturan, (6) Bagian atap rumah, mengidentifikasi trade-off yang berhubungan dengan persyaratan pemanufakturan (Fandy Tjiptono dan Diana, 1995 : 115-116) yang diterapkan pada Jasa Pelayanan Penumpang Bus PO Rosalia Indah di Surakarta, bertujuan untuk memenuhi target-target operasional serta prioritas pelayanan untuk tercapainya kepuasan penumpang eksternal (external customer). Demikian pula dengan apotek yang tersedia di rumah sakit ini diharapkan agar mampu berpartisipasi pula. Dengan mengaitkan perencanaan strategis dan operasionalnya (Benchmarking) maka peningkatan mutu pelayanan apotek diharapkan berjalan lancar. Dengan menitikberatkan strategi pada peningkatan mutu pelayanan diharapkan akan mendongkrak tingkat kedatangan konsumen sehingga hasilnya nanti (The expected future) adalah peningkatan pendapatan apotek.

Berdasarkan uraian diatas dapat dirumuskan bahwa ada masalah di apotek Rumah Sakit Ortopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Solo itu, yaitu apotek ingin mengetahui hubungan antara mutu pelayanan dengan tingkat kedatangan konsumen dan juga antara tingkat kedatangan konsumen dengan tingkat pendapatan apotek. Dengan teori Mutu Pelayanan Yang Baik Akan Menambah Tingkat Pendapatan Apotek.

B. Perumusan Masalah

Dengan latar belakang masalah di atas maka masalah yang ada di apotek Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. Suharso Solo dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana hubungan antara mutu pelayanan dengan tingkat kedatangan konsumen ?
2. Bagaimana hubungan antara tingkat kedatangan konsumen dengan pendapatan apotek ?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian
 - a. Untuk mengetahui pola hubungan antara mutu pelayanan dengan tingkat kedatangan konsumen.
 - b. Untuk mengetahui pola hubungan antara tingkat kedatangan konsumen dengan pendapatan apotek .

2. Manfaat Penelitian

- a. Bagi perusahaan dapat dipakai sebagai pertimbangan untuk menambah atau mengurangi jumlah fasilitas pelayanan yang dapat mengoptimalkan tingkat pelayanan penuh
- b. Untuk saran dan pertimbangan dalam meningkatkan laba total perusahaan.

D. Metode Penelitian

1. Tempat, waktu dan objek penelitian

Penelitian ini diadakan secara langsung, bebas dan terbuka di :

- a. Tempat: Apotek Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. Soeharso.

Jl. Jend. A. Yani Pabelan Solo 57162 PO. BOX 243

Telp: (0271) 713046 - 714458, Fax: 714058, Alamat Kawat

Orthopro. E-mail: rso-solo @ idola.net.id

- b. Waktu: Senin, 7 Oktober 2002

08.00 - 12.00 WIB

- c. Obyek: Apotek RSOP Solo

2. Populasi, sampel, teknik sampling

- a. Sampel

Diambil dengan metode stratified sampling dengan jumlah sampel kurang lebih 40 responden, dimana responden adalah pasien yang membeli obat atau berbelanja di apotek ini.

b. Penetapan Populasi

Populasi adalah jumlah penduduk di suatu wilayah. Dengan demikian penelitian kita ini menetapkan pelanggan RSOP terutama pelanggan apoteknya sebagai populasi yang akan kita jadikan sampel penelitian.

Dari populasi diatas kita bagi menjadi 5 kategori penghasilan, yaitu :

s/d Rp 500. 000, 00, Rp 500.000,00 - Rp 1.000.000,00, Rp 1.000.100,00 - Rp 1.500.000,00, Rp 1.500.100,00 - Rp 2.000.000,00, diatas Rp 2.000.000,00.

Dari populasi diatas kita ambil dari tiap strata minimal 2 sampel.

c. Teknik Pengambilan Sampel

Stratified sampling biasa digunakan jika populasi terdiri dari kelompok-kelompok yang mempunyai susunan bertingkat. Dalam banyak research penyelidik tidak menghadapi suatu populasi yang utuh homogen, melainkan suatu populasi yang menunjukkan adanya strata (lapisan-lapisan). Di sekolah misalnya, terdapat beberapa tingkatan kelas, dalam masyarakat terdapat bertingkat-tingkat penghasilan.

Jika tingkatan-tingkatan dalam populasi itu diperhatikan, maka mula-mula yang harus dipastikan adalah berapa banyaknya strata yang ada. Selanjutnya tiap-tiap stratum harus diwakili dalam penyelidikan dan subyek-subyek yang ditugaskan dalam tiap-tiap sampel dari tiap-

tiap sampel stratum itu dapat diambil dengan teknik-teknik seperti yang dibicarakan di muka.

Salah satu hal yang perlu mendapat perhatian adalah perimbangan atau proporsi dari jumlah subyek yang ada dalam tiap-tiap stratum dalam populasi.

Perimbangan itu harus dicerminkan juga dalam masing-masing stratum dalam sampel sehingga mereka ini dapat dipandang sebagai wakil-wakil terbaik bagi populasi.

Jadi sampling yang memperhatikan stratum-stratum dalam populasi disebut stratified sampling (Sutrisno Hadi, 1986: 32).

3. Variabel penelitian

a. Variabel Penelitian

1) Variabel Mutu Pelayanan, menurut B. Render and J. Heizer (1994 : 111)

a). Reliability (dapat dipercaya)

Konsistensi dari kinerja, ini berarti bahwa apotek melakukan pelayanan dengan benar dan juga berarti bahwa jasa apotek tersebut dijanjikan untuk konsumen dengan kredibilitas tinggi yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.

b) Responsiveness (tanggapan)

Berkaitan dengan keamanan atau kesiapan dari karyawan untuk memberikan pelayanan, yakni keinginan para tenaga

tenaga apoteker untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap, Hal ini termasuk dalam ketepatan waktu jasa (timelinenes of service).

c) Assurance (jaminan)

Jaminan, yakni mencakup pengetahuan, kecakapan, skill, kemampuan, kesopan-santunan dan keramah-tamahan, sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.

d) Empathy (simpati)

Kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pelanggan.

e) Tangible (jelas dan pasti)

Bukti nyata dari jasa juga kemudahan untuk dihubungi, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

b. Variabel Kedatangan Konsumen

Frekuensi kedatangan konsumen per periode terbagi menjadi :

- 1) Konsumen yang datang dan berbelanja di apotek itu untuk pasien yang dirawat di RSOP, diukur dan dihitung per bulan.
- 2) Konsumen yang bisa memberikan informasi (promosi) tentang pelayanan di apotik RSOP atau dalam bahasa Jawa "gethok tular "

c. Variabel Pendapatan

Nilai uang yang dibayarkan dalam resep itu diukur dengan nilai rupiah dalam 1 bulan. Masing-masing variabel akan diambil datanya dengan cara penyebaran kuesioner kepada responden yang dalam hal ini konsumen dari Apotek RSOP Solo.

4. Jenis Data

1). Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari responden, yaitu konsumen apotek RSOP.

2) Data Sekunder

Data yang diperoleh tidak langsung dari responden, yaitu data yang telah disediakan oleh apotek RSOP.

5. Sumber Data

Responden yaitu konsumen apotek RSOP dan bahan-bahan dari apotek RSOP.

6. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dengan melakukan interview antar personal dengan konsumen atau pelanggan apotek RSOP, kemudian data dicatat. Pertanyaan dalam bentuk kuesioner yang dibacakan satu per satu oleh peneliti kepada pelanggan agar pelanggan menjawabnya. Dilaksanakan selama satu hari penuh.

Dari pukul 08.00 - 14.00 WIB.

7. Model Analisis Data

a. Pengajuan Hipotesa

Penyelidikan preeliminier yang dilakukan pada taraf kedua tidak hanya berfungsi sebagai landasan untuk membatasi lebih jelas problemnya, tetapi juga sebagai dasar untuk mengajukan hipotesa-hipotesa. Hipotesa-hipotesa ini merupakan konklusi yang sifatnya deduktif, sangat sementara dan masih sangat kasar. Secara deduktif membeberkan atau menerangkan hipotesa-hipotesa yang telah diajukan itu. Pada taraf ini dicarikan alasan-alasan atau reasons yang dapat menerangkan dan menyokong hipotesa-hipotesanya. Konstruksi mental atau mental construct melalui deduktive reasoning antara lain berwujud : " Jika hipotesanya benar maka harus ada bukti-bukti begini atau begitu.....". Lalu mengetest hipotesa dengan fakta-fakta. Untuk menyelesaikan pekerjaan ini dimulailah mengadakan observasi-observasi yang teliti. Titik pusat perhatian diarahkan untuk melihat dalam kenyataannya apakah konsekuensi-konsekuensi mengikuti hipotesa, maka hipotesa itu akan diterima. Jika kenyatannya sebaliknya, hipotesa akan ditolak. Menarik kesimpulan. Dengan dasar fakta-fakta maka ditariklah Kesimpulan. (S. Hadi, 1986 : 63)

Hipotesa sementara ini, yaitu :

- 1). Diduga pola kedatangan konsumen ada hubungannya dengan mutu pelayanan.

- 2) Diduga pendapatan ada hubungannya dengan pola kedatangan konsumen.

b. Rencana Analisis

- 1) Analisis Chi-Square untuk mengetahui korelasi antara variabel satu dengan yang lainnya.
- 2) Pengujian apakah ada hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan yang meliputi reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangibles, apakah ada hubungan dengan pendapatan menggunakan Test of Independency.
- 3) Untuk mengetahui tingkat kuat lemahnya tingkat keeratan hubungan yang terjadi antara reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangibles dengan kedatangan konsumen digunakan Contingency Coefficient.

BAB II

Kajian Teori Tentang Mutu Pelayanan dan Pengelolaan Pendapatan

A. Pengertian Mutu Pelayanan

Merupakan teknik untuk mendefinisikan hubungan antara keinginan konsumen ke dalam atribut-atribut barang atau jasa. Hanya dengan mendefinisikan hubungan ini secara tepat, seorang manajer operasi dapat menciptakan produk dan proses/ jasa pelayanan sesuai dengan yang diinginkan konsumen. Pendefinisian hubungan ini merupakan langkah pertama dalam pembentukan sistem produksi bertaraf internasional. (B. Render & J. Heizer, 1994 : 101).

B. Strategi Pengendalian Mutu Pelayanan

Dari buku yang berjudul Instrument Self Assesment Akreditasi Rumah Sakit Pelayanan Farmasi : Bidang Farmasi Rumah Sakit BPD ISFI Jateng kita memperoleh strategi pengendalian mutu pelayanan. Strategi ini terdiri dari 7 buah standar yang harus dicapai oleh apotek, yaitu :

a. Standar I : Falsafah dan Tujuan

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Falsafah : 1) mengabdikan masyarakat melalui pelayanan obat yang terjangkau

2) pelayanan obat bagi semua masyarakat.

1. Adanya falsafah dan tujuan tertulis yang mencerminkan peran dan fungsi pelayanan farmasi di rumah sakit.

Peran pelayanan farmasi di rumah sakit sesuai dengan :

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 085/ Menkes/Per/I/1989 tentang Kewajiban Menulis Resep dan/atau Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Kesehatan Pemerintah.
- Surat Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor 0428/YanMed/RSKS/SK/1989 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Kewajiban Menuliskan Resep dan/atau Menggunakan Obat Generik di Rumah Sakit Pemerintah.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 922/MenKes/Per/X/1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 983/MenKes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum.

2. Pelayanan farmasi yang lengkap diselenggarakan untuk kebutuhan pasien.

a. Pelayanan farmasi lengkap, meliputi :

- 1) Perencanaan
- 2) Pengadaan baik melalui pembelian atau produksi sendiri atau droping.
- 3) Penyimpanan perbekalan farmasi.
- 4) Distribusi dan penyerahan untuk pasien rawat jalan dan inap.

- 5) Pengemasan kembali.
 - 6) Penyediaan informasi dan edukasi bagi staf medik, tenaga medis lainnya dan pasien.
- b. Perbekalan farmasi menurut Undang-undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 60 adalah sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan lainnya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
 - c. Yang dimaksud dengan perbekalan kesehatan adalah perbekalan farmasi di rumah sakit.
 - d. Yang dimaksud dengan sebagian perbekalan farmasi adalah minimal obat.

Tujuan : tersedianya obat yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

James A Fitzsimmons dan Mona (1994 : 84) The Nature of service,introduced the idea of a service package, which contained four elements-supporting facility, facilitating goods, explicit service and imlicit service as a way to describe an existing service or a vision of a new service. The service concept becomes a blueprint that communicate to customers and employees a like what service they should expect to give and to service.

b. Standar II : Administrasi dan Pengelolaan

Pelayanan diselenggarakan dan diatur demi berlangsungnya pelayanan farmasi yang efisien dan bermutu, berdasarkan fasilitas yang ada dan standar pelayanan keprofesian yang universal.

1. Adanya bagan organisasi yang lengkap yang menggambarkan garis tanggung jawab koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan farmasi. Bagan organisai yang lengkap adalah bagan yang terisi personil lengkap disertai uraian tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab serta

hubungan koordinasi dengan Komite/Panitia Farmasi dan Terapi termasuk penyebarluasan ke bagian lain rumah sakit.

2. Ada Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit. Yang mempunyai peran, yaitu :
 1. Adanya Komite/Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit, sesuai dengan Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor 0428/YAN/ Med/RSKS/SK/1989 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Kewajiban Menulis Resep dan/atau Menggunakan Obat Generik di Rumah Sakit Pemerintah.
 2. Sudah berjalan sepenuhnya/belum berjalan sepenuhnya dilihat dari jadwal kegiatan dan hasil kegiatan.

*James F. dan Mona (1994 : 49) A comprehensive view of the service system is necessary to identify the possible measures of quality. We will use health care delivery as our example service, and we will view quality from five perspectives : content, process, stucture, outcome, and impact. For health care, the scope of service quality obviously extends beyonds the quality of care that is provide for the patient, it also includes the impact on the family and community. **Content** : are standard procedures being followed. **Process** : is the sequence of events in the service process appropriate. **Structure** : are the physical facilities and organization design adequate for the service. **Outcome** : what change in status has the service effected.*

c. Standar III : Staf dan Pimpinan

Pelayanan Farmasi diatur dan dikelola demi tercapainya tujuan pelayanan.

1. Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker yang telah terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai surat izin kerja. Surat izin kerja dan surat persetujuan penempatan sebagai Penanggung Jawab

Instalasi Farmasi dari Kanwil Depkes setempat, Surat Keputusan Direktur.

2. Ada staf farmasi yang sesuai kualifikasi dan jumlahnya. Yang berarti :
 1. Yang dimaksud dengan tenaga yang memenuhi kualifikasi untuk mengelola perbekalan farmasi adalah tenaga apoteker dan asisten apoteker, sesuai Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 63.
 2. Yang termasuk dengan tenaga kefarmasian berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan adalah Apoteker, Analis Farmasi dan Asisten Apoteker.
 3. Jumlah kebutuhan tenaga ditentukan oleh masing-masing rumah sakit berdasarkan pola ketenagaan yang ditetapkan secara tertulis.
 4. Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian Farmasi Rumah Sakit selama minimal 2 tahun.
 5. Yang dimaksud dengan pelatihan adalah pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan farmasi.

James A. F dan Mona (1994 : 12) Succesfull growth of the service sector will depend on inovation and skilled management that will promote an ethic of continous improvement in both quality and productivity.

d. Standar IV : Fasilitas dan Peralatan

Harus tersedia ruangan, peralatan dan fasilitas lain yang dapat mendukung administrasi, profesionalisme dan fungsi teknik pelayanan farmasi sehingga menjamin terselenggaranya pelayanan farmasi sehingga menjamin terselenggaranya pelayanan farmasi yang fungsional, profesional dan etis.

1. Tersedianya fasilitas pelayanan barang farmasi yang menjamin barang tetap dalam kondisi baik dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan spesifikasi dan peraturan masing-masing.

Yang dimaksud dengan ruang dan fasilitas yang memenuhi syarat adalah,

- a. Ada ruang penyimpanan yang tidak terkena cahaya langsung, terang, kering dan tidak panas.
 - b. Ada lemari pendingin untuk barang farmasi yang harus disimpan di tempat yang dingin (2 - 8 derajat) yang ditunjukkan oleh monitor.
 - c. Ada lemari penyimpan untuk obat narkotik dan obat keras tertentu.
 - d. Ada lemari/rak penyimpan yang cukup jumlahnya sehingga dapat menjamin terlaksananya sistem penyimpanan yang baik.
2. Ada sarana dan prasarana yang memadai untuk masing-masing kegiatan kefarmasian di tempat pelayanan.
 1. Yang dimaksud dengan sarana dan prasarana untuk kegiatan kefarmasian, meliputi :
 - a. sarana dan prasarana peracikan dan atau distribusi.
 - b. sarana dan prasarana distribusi dan penyerahan.
 - c. sarana dan prasarana pemberian informasi dan edukasi.
 2. Yang dimaksud dengan sarana dan prasarana yang memenuhi syarat :
 - a. Ruangan yang terang, kering, tidak panas, bersih dan cukup luas untuk melakukan pekerjaan dengan baik.

- b. Prasarana peracikan sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 922/MENKES/Per/X/1993 tentang Persyaratan Tempat, Perlengkapan dan Perbekalan Farmasi untuk Apotek.
- c. Prasarana pengemasan, antara lain : wadah, pembungkus , etiket, label.
- d. Prasarana penyimpanan di tempat pelayanan, minimal :
 - 1) lemari
 - 2) lemari pendingin
 - 3) lemari obat narkotika, bahan-bahan berbahaya.
- e. Prasarana administrasi, minimal :
 - 1) blanko farmakope
 - 2) IIMS/ISO
 - 3) daftar obat.

James A. F. dan Mona (1994 : 52) Incorporation of quality in the service package : supporting exility, facilities goods, explicit service, implicit service.

e. Standar V : Kebijakan dan Prosedur

Semua kebijakan dan prosedur yang ada harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkan peraturan tersebut. Peraturan dan prosedur yang ada harus mencerminkan standar pelayanan farmasi mutakhir, yang sesuai dengan peraturan dan tujuan daripada pelayanan farmasi itu sendiri.

1. Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pelayanan farmasi.

1. Yang dimaksud dengan kebijakan lengkap yaitu meliputi :

- a. Penggunaan obat di rumah sakit baik untuk pengobatan maupun di klinik, ditetapkan oleh Komite/ Panitia Farmasi dan Terapi dalam bentuk formularium rumah sakit.
 - b. Pelayanan perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap, rawat jalan, karyawan dan pasien tidak mampu.
 - c. Pengelola perbekalan farmasi yang meliputi perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, penyaluran dan penyerahan.
 - d. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan.
 - e. Pengawasan mutu pelayanan dan pengendalian perbekalan farmasi.
 - f. Informasi/penyuluhan.
 - g. Apabila ada sumber farmasi lain disamping instalasi/bagian farmasi, maka pelayanan farmasi dilaksanakan :
 - 1) Diselenggarakan sesuai SK Pelayanan Farmasi yang berlaku masing-masing rumah sakit.
 - 2) Koordinasi oleh instalasi/bagian farmasi rumah sakit.
 - 3) Ketentuan tertulis mengenai kerja sama dengan pihak lain.
2. Yang dimaksud Protap lengkap meliputi :
- a. Perencanaan
 - b. Pengadaan melalui pembelian, produksi/peracikan atau droping.
 - c. Penerimaan baik di gudang maupun depo farmasi.
 - d. Penyimpanan baik di gudang maupun depo farmasi.

- e. Distribusi dan penyerahan baik di gudang maupun di depo farmasi.
- f. Informasi/penyuluhan.
- g. Penghapusan/penarikan obat yang rusak/kadaluarsa.
- h. Pengawasan mutu pelayanan dan pengendalian perbekalan farmasi.
- i. Pencatatan dan pelaporan penggunaan perbekalan farmasi per pelayanan pasien/keseluruhan.
- j. Pengarsipan dan dokumentasi.
- k. Penanggulangan bila terjadi kontaminasi bahan-bahan berbahaya.

James A. F. dan Mona (1994 : 67) A service guarantee has obvious marketing appeal. More important, however, the service guarantee can redefine the meaning of service for an industry by setting quality standard. They are focused on costumers, sets clear standards, guarantee feedback, promotes an understanding of the service delivery system, builds customer loyalty.

f. Standar VI : Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

Setiap staf di rumah sakit harus mempunyai kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya.

- 1 Ada program orientasi bagi pegawai baru di bagian farmasi, yang memuat antara lain : organisasi rumah sakit, kebijakan pimpinan rumah sakit, uraian tugas, fungsi, uraian pekerjaan dari semua staf di bagian mana pegawai baru akan bertugas.
 - a. Sudah atau belum baik dilihat dari program orientasi.
 - b. Kalau tidak ada pegawai baru , parameter tidak dihitung.
2. Terdapat program pendidikan berkelanjutan, pelatihan atau pertemuan

ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan ketrampilan, pengetahuan dan kemampuannya.

1. Yang dimaksud dengan program pendidikan dan pelatihan adalah program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan bagi petugas dan staf Bagian/Unit/Instalasi Farmasi.
2. Yang dimaksud dengan lengkap/belum lengkap adalah mencakup tenaga apoteker, analis farmasi, asisten apoteker dan tenaga farmasi lainnya.
3. Yang dimaksud dengan pertemuan ilmiah adalah mencakup seminar, workshop dan lokakarya.

*James A. F. dan Mona (1994 : 111) The NSD Process Cycle Full **Launch** : full-scale launch, post-launch review. **Development** : service design and testing, process and system design and testing, marketing program design and testing, personel training, service testing and pilot run, test marketing. **Design** : formulation of new service objectives/strategy, idea generation and screening, concept development and testing. **Analysis** : business analysis, project authorization.*

g. Standar VII : Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Pelayanan farmasi harus mencerminkan kualitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, melalui cara pelayanan farmasi rumah sakit yang baik.

1. Ada prosedur evaluasi kinerja dari staf dan karyawan yang bekerja di Bagian/Unit/Instalasi Farmasi.
2. Tersedia data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan. Data harus memuat minimal :
 - a. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia dan digunakan.

- b. Jenis dan perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan diluar prosedur rutin.
- c. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima, yang tidak sesuai spesifikasinya.
- d. Jenis dan jumlah perbekalan yang rusak/kadaluarsa, hilang.
- e. Jumlah pasien yang dilayani dan macam obat.
- f. Terjadinya kesalahan pemberian obat/pelayanan farmasi.
- g. Keluhan pada SMF (Staf Medik Fungsional).
- h. Jumlah dan jenis pelayanan informasi dan edukasi yang diberikan.

P.3. Bagian/Unit/Instalasi Farmasi harus menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi.

*James A. F. dan Mona (1994 : 45) One of the dimension of service quality they are **tangibles** : the appearance of physical facilities, equipment, personnel and communication materials.*

C. Strategi Pengelolaan Pendapatan

Salah satu tujuan Program Kesehatan Rujukan dan Rumah Sakit dalam Repelita VI adalah peningkatan dan pengembangan manajemen rumah sakit dan laboratorium kesehatan terutama dalam sumber daya manusia, pembiayaan dan informasi dalam rangka terwujudnya rumah sakit sebagai unit swadana dengan tetap memperhatikan fungsi sosial rumah sakit.

Sasaran yang diharapkan adalah meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, pemanfaatan rumah sakit serta pemanfaatan sarana, prasarana dan

peralatan secara optimal dengan mengacu pada standar dan etika yang berlaku. Dalam pelaksanaan pengelolaan rumah sakit, perlu ditunjang dengan peningkatan dan pematapan manajemen yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan pengawasan.

Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah membutuhkan biaya yang terus meningkat karena disamping ongkos-ongkos umum yang meningkat juga adanya peningkatan kebutuhan pelayanan oleh masyarakat karena kemajuan teknologi kedokteran.

Namun kemampuan sumber dana Pemerintah semakin terbatas sehingga peran serta masyarakat dalam pembiayaan rumah sakit perlu terus menerus digali dan ditingkatkan, khususnya bagi golongan masyarakat mampu dengan tetap memperhatikan golongan masyarakat kurang mampu, agar subsidi Pemerintah secara bertahap dapat dikurangi dan dialihkan pada sektor-sektor yang lebih membutuhkan.

Sistem dan prosedur pengelolaan sumber daya pada saat ini tidak mendukung pengelolaan rumah sakit secara efektif dan efisien. Rumah Sakit tidak dapat mengembangkan kegiatan-kegiatan yang bersifat kreatif dan inovatif karena terikat pada peraturan yang ketat sehingga kurang dapat mengantisipasi dan mengikuti perkembangan tuntutan masyarakat akan pelayanan medis yang lebih bermutu.

Penerimaan rumah sakit tidak dapat dipergunakan untuk mendukung kegiatan-kegiatan rumah sakit karena seluruh dana harus disetor kepada Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, sedang dilain pihak pemerintah hanya mampu

menyediakan dana rata-rata sebesar 50-60 % dari kebutuhan operasional dan pemeliharaan. Untuk mengatasi kesulitan-kesulitan tersebut, telah ditempuh terobosan yang memberikan otoritas dan kewenangan yang lebih luas kepada rumah sakit dalam mengelola sumber daya, sehingga kegiatan pelayanan yang dikembangkan dapat mencapai tujuan dan sasaran dengan cara yang lebih efektif dan efisien.

Berdasarkan Keputusan Presiden No. 38 tahun 1991 tentang Unit Swadana dan Tata Cara Pengelolaan Keuangannya, rumah sakit dapat ditetapkan menjadi Unit Swadana atau Instalasi Pengguna PNBPN. Baik rumah sakit Unit Swadana ataupun Instalasi Pengguna PNBPN dapat menggunakan penerimaan fungsional untuk keperluan operasional dan pemeliharaan serta peningkatan sumber daya manusia.

Dengan adanya kebijaksanaan rumah sakit sebagai Unit Swadana atau Instalasi Pengguna PNBPN maka sumber dana rumah sakit yang dikelola semakin meningkat baik dari segi sumber maupun jumlahnya. Agar pengelolaan sumber dana tersebut dapat lebih efektif dan efisien, maka perlu didukung oleh suatu sistem pengelolaan keuangan rumah sakit yang dimulai persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Dengan adanya UU No. 20 tahun PNBPN dan No. 22 tahun 1997, maka kebijaksanaan Swadana, pengelolaan keuangan diatur dengan Keputusan Menteri Keuangan RI No.124/M.K.03/1998 tentang Tata Cara Penggunaan Penerimaan Negara Bukan Pajak di Bidang Pelayanan Kesehatan. Adapun yang membedakan

dengan Keppres 38/1991 adalah sebelum digunakan, penerimaan fungsional rumah sakit tersebut harus disetor ke Kas Negara terlebih dahulu.

Agar pengelolaan keuangan rumah sakit dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan, maka telah dikembangkan berbagai pedoman yang berkaitan dengan pengelolaan keuangan antara lain Perencanaan dan Penganggaran Terpadu, Pola Tarip RS, Standar Akuntansi Rumah Sakit dan SPI.

Berdasarkan buku Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit oleh Amak Rochmad (2000). Strategi kita kali ini :

a. Penganggaran Terpadu (Master Budget)

1) Penyusunan Anggaran

Penyusunan rencana kebutuhan anggaran didasarkan pada rencana kerja (program kerja) tahunan yang telah ditetapkan. Penyusunan rencana kebutuhan anggaran tersebut harus dilaksanakan secara terkonsolidasi antara semua sumber pembiayaan yang tersedia, dengan menggunakan Sistem Master Budget.

Dalam Sistem Master Budget, maka yang dipakai sebagai dasar adalah target pendapatan rumah sakit. Berdasarkan target pendapatan tersebut baru diperhitungkan jumlah anggaran pengeluaran yang diperlukan agar target pendapatan yang direncanakan dapat dipenuhi.

Master Budget, M. Munandar (1996 : 45) terdiri dari :

- a) Budget Operasional yang meliputi Budget Pendapatan dan Budget biaya
- b) Budget Investasi

- c) Budget Kas
- d). Budget Keuangan.

Budget Operasional adalah suatu taksiran pendapatan dan biaya yang dinyatakan secara kuantitatif untuk jangka waktu 1 tahun.

Budget Pendapatan adalah budget atas semua pendapatan yang timbul dari penyerahan jasa pelayanan rumah sakit dan jasa-jasa lainnya yang diproyeksikan untuk periode 1 tahun.

Pendapatan per pelayanan didasarkan pada :

- Jumlah kunjungan pasien rawat jalan
- Jumlah hari perawatan untuk rawat inap
- Jumlah dan jenis pemeriksaan/konsultasi untuk penunjang yang diperhitungkan dengan memperhatikan tarif masing-masing.

Budget Biaya adalah budget atas semua pengeluaran atau biaya yang dikeluarkan/dibebankan rumah sakit guna memberikan pelayanan dan memperoleh pendapatan yang telah diproyeksikan sebelumnya pada periode tertentu (1 tahun). M. Munandar (1996 : 155, 185, 203).

Perencanaan budget biaya/ pengeluaran tersebut tetap berdasarkan pada pola penganggaran yang ada yaitu dengan menggunakan indek kebutuhan untuk tiap-tiap jenis dan volume kegiatan. Indek kebutuhan ini dihitung tersendiri berdasarkan perhitungan kebutuhan riil dan wajar dari masing-masing rumah sakit serta kesepakatan bersama antar rumah sakit. Untuk kegiatan-kegiatan non indek dilakukan perhitungan kebutuhan berdasarkan yang berlaku atau berdasarkan pertimbangan yang rasional dan wajar.

Budget Investasi adalah suatu budget yang dimaksudkan untuk menyusun taksiran kebutuhan rumah sakit untuk pengadaan barang modal baik yang berwujud (tangible asset) maupun yang tidak berwujud (intangible asset).

Budget Kas adalah suatu taksiran penerimaan dan pengeluaran untuk membiayai berbagai pengeluaran yaitu anggaran operasional, administratif, pembelian dan pemeliharaan aktiva tetap. Penyusunan Budget Kas dimaksudkan untuk dapat membuat proyeksi arus kas, baik penerimaan, pengeluaran dan saldo kas. M. Munandar (1996 : 309).

Budget Keuangan adalah budget yang menggambarkan terjadinya perubahan harta, utang dan ekuitas (dana) serta hasil kegiatan operasional rumah sakit yang akan dicapai. M. Munandar (1996 : 279, 289, 299).

Rumah Sakit diharapkan dapat menyusun keempat budget tersebut yang didasari pada budget pendapatan. Konsolidasi antara budget biaya dan budget investasi yang merupakan kebutuhan anggaran rumah sakit secara keseluruhan, kebutuhan anggaran disusun menurut skala prioritas, kemudian diusulkan pada sumber-sumber pembiayaan yang ada, yaitu :

- DUK/DIK (Anggaran Rutin)
- DUKS/DIKS (Dari Penerimaan Fungsional)
- DUP/DIP (Proyek)
- DUPP- OPRS/DIPP-OPRS

2. Pentaripan Rumah Sakit dan Anggaran Penerimaan

Anggaran penerimaan rumah sakit dikelompokkan menjadi 2 :

Penerimaan umum dan penerimaan fungsional. Yang dimaksud dengan penerimaan umum adalah suatu penerimaan negara yang bersifat umum yang diterima oleh rumah sakit berdasarkan imbalan jasa terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Dengan ditetapkannya rumah sakit menjadi unit swadana atau berdasarkan SK Men.Keu.No.124/MK.03/1998 sebagian penerimaan fungsional rumah sakit dapat digunakan oleh rumah sakit untuk kebutuhan operasional dan pemeliharaan Rumah Sakit serta peningkatan Sumber Daya Manusia. Anggaran penerimaan fungsional disusun berdasarkan perkiraan volume kegiatan pelayanan tersebut.

Besaran tarif rumah sakit ditetapkan berdasarkan pada berbagai ketentuan sebagai berikut :

a. Kebijakan penetapan tarif

- 1). Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- 2). Biaya penyelenggaraan Rumah Sakit Pemerintah dipikul bersama oleh pemerintah dan masyarakat dengan memperhatikan kemampuan negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat.
- 3). Tarif rumah sakit tidak dimaksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan berdasarkan asas gotong-royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah.

- 4). Tarif rumah sakit untuk golongan masyarakat yang pembayarannya dijamin oleh pihak penjamin, ditetapkan atas dasar saling membantu melalui suatu ikatan perjanjian tertulis.
- 5). Rawat jalan dan rawat inap kelas IIIA, II, I dan utama dapat dikenakan jasa pelayanan sedangkan pasien rawat inap kelas IIIB tidak dikenakan jasa pelayanan.
- 6). Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dari setiap pelayanan dan kelas perawatan dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, tarif rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang.

Yang dimaksud dengan Budget Penjualan/Sales Budget ialah budget yang merencanakan secara lebih terperinci tentang penjualan perusahaan selama periode yang akan datang, yang di dalamnya meliputi rencana tentang jenis/kualitas barang yang akan dijual, harga/tarif barang yang akan dijual, waktu penjualan serta tempat/daerah penjualannya. M. Munandar (1996 : 49)

Selain berdasarkan tujuan dan kebijaksanaan tersebut diatas, dalam menetapkan tarif rumah sakit perlu memperhatikan faktor-faktor seperti di bawah ini :

- 1) Peraturan Pemerintah yang berlaku.

Baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah menetapkan peraturan yang harus diikuti oleh rumah sakit.

- 2) Misi Rumah Sakit.

Misi serta kebijaksanaan yang berlaku di dalam rumah sakit ikut menentukan bagaimana tarif akan ditetapkan. Rumah Sakit yang sifatnya sosialnya tinggi, akan menyediakan anggaran yang lebih besar untuk kegiatan pelayanan terhadap yang kurang mampu.

3). Kemampuan masyarakat untuk membayar.

Kemampuan masyarakat perlu diteliti pada saat tarif akan ditentukan. Apabila sebagian besar masyarakat adalah golongan tidak mampu, maka rumah sakit tidak mungkin mengharapkan banyak pasien yang menggunakan pelayanan yang mahal. Fasilitas yang disediakan, jenis pelayanan, serta tarif rumah sakit perlu disesuaikan kebutuhan masyarakat yang dilayani sehingga dapat menjamin optimalisasi sumber daya yang disediakan.

4). Kemauan masyarakat untuk membayar.

Apabila masyarakat mempunyai persepsi bahwa suatu rumah sakit menyelenggarakan pelayanan yang sesuai dengan selera dan kebutuhannya, maka mereka tentunya lebih siap untuk pelayanan yang diterimanya.

5). Standar Pelayanan dan Profesi yang harus dipenuhi.

Standar pelayanan serta standar profesi perlu dipatuhi apabila rumah sakit ingin mempertahankan atau meningkatkan mutu pelayanannya. Berbagai pelatihan dan pendidikan, pengadaan peralatan maupun pembangunan/rehabilitasi gedung perlu dilakukan untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan.

7) Tingkat pemanfaatan berbagai jenis pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit perlu diketahui beban rata-rata setiap bagian atau jenis pelayanan. Berdasarkan tingkat pemanfaatan atau beban tersebut dapat dilakukan analisa dan dicari berbagai perhitungan yang sifatnya membantu dalam penentuan tarif. Seperti yang dikatakan oleh M. Munandar(1996 : 51) bahwa " Faktor eksternlah yang mempengaruhi penyusutan Budget Penjualan"

b.Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah

Pola tarif rumah sakit Pemerintah mengikuti ketentuan yang berlaku selama ini. Adapun pelayanan di rumah sakit yang dapat dikenakan tarif dikelompokkan ke dalam pelayanan :

- 1) Rawat Jalan
- 2) Rawat Darurat
- 3) Rawat Inap

Untuk jenis pelayanan terdiri dari :

- 1) Pelayanan Medik
- 2) Pelayanan Penunjang Medik
- 3) Pelayanan Kebidanan dan Gynaekologi :
 - a) persalinan normal
 - b) persalinan dengan tindakan
- 4) Pelayanan Penunjang non Medik

- 5) Pelayanan Rehabilitasi Medik dan Mental
- 6) Pelayanan Konsultatif Khusus
- 7) Pemulasaran/perawatan jenazah.

Tarif pelayanan di rumah sakit sebagaimana dimaksudkan diatas meliputi komponen jasa sarana dan jasa pelayanan sesuai kebutuhan masing-masing pelayanan. Jenis pelayanan baru selain yang ditetapkan dalam keputusan ini serta besaran tarifnya ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

c. Komponen Tarif

Secara umum komponen tarif rumah sakit dapat dikelompokkan dalam dua bagian yaitu :

- 1) Jasa sarana yang terdiri dari :
 - a) bahan dan alat habis pakai
 - b) jasa rumah sakit

Yang dimaksud dengan jasa sarana adalah imbalan yang diterima oleh pemeriksa sarana, fasilitas RS, bahan obat-obatan, bahan alat kesehatan habis pakai yang dipakai yang digunakan langsung dalam rangka observasi, diagnostik, pengobatan dan rehabilitasi.

2) Jasa Pelayanan

Yang dimaksud dengan jasa pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnostik, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.

d. Cara Perhitungan Tarif Berdasarkan Analisis Biaya

Agar dapat diperoleh biaya satuan dari setiap pelayanan yang ada di rumah sakit, maka diperlukan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Identifikasi jenis pelayanan/unit yang ada di rumah sakit dengan menggunakan sumber informasi organogram/struktur organisasi rumah sakit dan fungsi dari masing-masing unit.
- 2) Tentukan pusat biaya (Cost Centre), baik pusat biaya penunjang maupun pusat biaya produksi.
- 3) Pengumpulan semua data biaya total (terdiri dari biaya investasi dan operasional) masing-masing unit selama satu tahun anggaran. Lakukan identifikasi semua komponen biaya yang ada (Cost Item) pada masing-masing unit tersebut yang meliputi :
 - a) Biaya tetap atau Biaya Investasi, Yaitu :
 - Gedung
 - Alat Medis
 - Alat Non Medis
 - Kendaraan
 - Pendidikan
 - b) Biaya Variabel atau Biaya Operasional, yaitu :
 - (1) Personel (semi tetap), dimana gaji PNS adalah "Fixed Cost ", sedangkan honor, intensif, tunjangan medis adalah sebagai "Variabel Cost".
 - (2) Obat dan alat habis pakai

(3) Bahan habis pakai/bahan non medis

(4) Bahan makanan (dapur).

Komponen biaya tersebut merupakan komponen biaya asli, belum didistribusikan ke unit produksi atau belum ditambahkan alokasi biaya dari unit lain.

Perhitungan untuk biaya investasi merupakan perhitungan biaya tetap yang "disetahunkan" (dihitung biaya tersebut dalam waktu setahun) dimana harus dipertimbangkan harga beli, masa pakai dan umur barang saat itu dengan rumus :

$$AFC = \frac{II(1+i)^t}{L}$$

Dimana :

AFC = Annunalized Fixed Cost (biaya tetap per tahun)

IIC = Innitialized Investment Cost (harga beli)

i = Laju inflasi

t = Masa pakai

L = Life, semua komponen biaya time (perkiraan masa pakai)

Gunakan tabel bantu/instrumen pengumpulan data untuk mengidentifikasi dan merekapitulasi hal tersebut diatas.

4) Dengan menggunakan metode "Distribusi Ganda" (Double Distribution) dilakukan pendistribusian biaya dari unit penunjang ke unit produksi. Sebagai dasar pembobotan/alokasi biaya dari satu unit ke unit yang lain diperlukan beberapa asumsi dasar. Untuk distribusi pertama, alokasi dari unit penunjang ke unit-unit yang lain serta unit produksi. Untuk distribusi kedua, bagi habis biaya dari penunjang ke unit produksi sehingga diperoleh biaya total untuk unit-unit produksi (Rawat Jalan, Rawat Inap, Penunjang seperti Laboratorium, Radiologi, Lab. dll). Dalam menggunakan metode Double Distribution, asumsi-asumsi yang digunakan adalah :

Luas lantai

Jumlah personil (untuk distribusi biaya gedung)

Porsi makan (untuk distribusi biaya dapur)

Potong pakaian/kg cuci kering (untuk distribusi biaya laundry)

Besar biaya obat pada tiap unit.

- 5) Perhitungan biaya total rumah sakit dan biaya total unit produksi setelah dilakukan distribusi akhir.
- 6) Perhitungan biaya satuan (unit cost) unit-unit produksi, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Sesuai dengan buku karangan M. Munandar (1996 : 50) bahwa " faktor internlah yang mempengaruhi penyusunan Budget Penjualan".

2. Pelaksanaan Anggaran

Pelaksanaan anggaran yang berasal dari penerimaan rumah sakit (PNBP) dituangkan dalam dokumen DIK-S (Daftar Isian Kegiatan Suplemen). DIK-S adalah dokumen yang memuat kegiatan-kegiatan yang dibiayai dari penerimaan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. DIK-S memuat target PNBP dan rincian pengeluaran berdasarkan pembahasan antara Departemen/Lembaga bersangkutan dengan Departemen Keuangan. Seluruh penerimaan pelayanan kesehatan sebelum dipergunakan oleh rumah sakit harus disetor langsung pada Kas Negara terlebih dahulu, setelah itu sesuai dengan ketentuan DIK-S rumah sakit dapat mengajukan pencairan anggaran. Anggaran yang diperoleh ini dapat dipergunakan untuk membiayai:

- a. Kegiatan operasional
- b. Kegiatan peningkatan SDM pada instansi yang bersangkutan.
- c. Kegiatan investasi dan atau pemeliharaan.

Sesuai dengan ketentuan yang ada pada Petunjuk Teknis Pengusulan dan Tata Cara Pengelolaan Dana Swadana maka besar komposisi pengeluaran tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Pengeluaran untuk biaya operasional dan pemeliharaan.....54%
- 2) Pengeluaran untuk pengembangan SDM.....45%
 - a) Jasa Pelayanan Maksimum.....40%
 - b) Peningkatan/pengembangan kemampuan/ketrampilan minimum....5%
 - c) Pengeluaran untuk kegiatan tim Pembina Pusat.....1%

Direncanakan untuk tahun 1998/1999 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 582/Menkes/SK/VI/1997 tanggal 11 Juni 1997 tentang Pola Tarif Rumah Sakit, maka Proporsi Jasa Pelayanan ditingkatkan menjadi maksimal 44% sedangkan untuk Biaya Operasional dan Pemeliharaan minimal 50%. Kebijakan ini untuk lebih menggairahkan tenaga kesehatan dalam meningkatkan dedikasinya, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan yang pada akhirnya meningkatkan pendapatan rumah sakit.

Untuk dapat merealisasikan pengeluaran tersebut, setiap tahun anggaran rumah sakit mengajukan Daftar Usulan Kegiatan Suplemen (DUK-S) atas rencana penerimaan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik untuk mendapat persetujuan. Prosedur dan tata cara pengadaan barang dan jasa yang pembayarannya dibebankan pada Dana Swadana pada pelaksanaan APBN.

3. Standar Akuntansi Rumah Sakit

Standar Akuntansi Rumah Sakit merupakan salah satu pengembang manajemen keuangan Rumah Sakit Unit Swadana.

- a. Perlunya adanya rumah sakit ditetapkan menjadi Unit Swadana, maka dana yang dikelola RS semakin bertambah. Kondisi ini disamping akan membawa pengaruh positif bagi pelayanan tetapi juga membawa peluang untuk timbulnya akses negatif, penyalahgunaan keuangan negara. Hal ini mutlak perlu diantisipasi antara lain dengan cara penyempurnaan Sistem Akuntansi Rumah Sakit dari yang semula berdasarkan Sistem Tata Buku Tunggal Basis Kas (Cash Basis Single Entry System).

b. Manfaat Akuntansi

Diharapkan sistem ini akan dapat meningkatkan efisiensi pelayanan sekaligus mengurangi peluang penyalahgunaan wewenang dalam pengelolaan keuangan negara. Melalui akuntansi juga dapat melihat performance rumah sakit secara menyeluruh, apabila dibandingkan dengan rumah sakit lainnya atau masing-masing unit dalam satu rumah sakit.

Menurut Ikatan Akuntansi Indonesia (1984:1) pada dasarnya akuntansi keuangan dan laporan keuangan dimaksudkan untuk menyediakan informasi keuangan mengenai suatu badan usaha yang akan dioergunakan oleh pihak-pihak yang berkepentingan sebagai bahan yang akan dipakai oleh pihak-pihak pengambil keputusan ekonomi.

c. Bentuk Laporan Akuntansi Keuangan Rumah Sakit.

Menurut buku laporan Keuangan yang telah dikonsolidasikan dari Akuntansi Keuangan Lanjutan oleh Hadori Yunus dan Harnanto (1996:514)

1) Laporan Keuangan

Untuk dapat mengembangkan secara lebih jelas sifat dan perkembangan serta tingkat efisien rumah sakit pemerintah dari waktu ke waktu, dianjurkan rumah sakit pemerintah menyusun laporan keuangan pokok komparatif setidaknya untuk dua tahun terakhir. laporan ini meliputi Neraca, Laporan Pendapatan dan Biaya, Laporan Kas, Catatan atas laporan keuangan dan Informasi Tambahan.

2) Neraca

Disusun secara sistematis sehingga dapat memberikan gambaran mengenai posisi keuangan rumah sakit pemerintah pada suatu saat tertentu.

3) Laporan pendapatan dan Biaya

Disusun sedemikian rupa agar dapat memberikan gambaran mengenai kegiatan pelayanan rumah sakit pemerintah dalam periode tertentu.

4) Catatan Atas Laporan Keuangan

Meliputi kebijakan akuntansi penting yang dipakai RS Pemerintah dalam menyiapkan laporan keuangan dan penjelasannya. Kebijakan-kebijakan akuntansi yang mempengaruhi posisi keuangan RS Pemerintah.

5) Laporan KAS

Disusun untuk melengkapi pengungkapan operasi dan posisi keuangan selama periode tertentu. Laporan arus kas disusun komparatif untuk dua periode laporan keuangan.

6) Informasi tambahan

Informasi tambahan dapat berupa berbagai analisa ratio pelayanan medik (BOR, LOS, BTO) Leverage Ratio serta Ratio Hasil Fungsional.

4. Satuan Pengawasan Intern (SPI)

Instrumen lain dalam upaya peningkatan manajemen keuangan adalah pembentukan Satuan Pengawas Intern di Rumah Sakit. Sesuai dengan SK Menkes

No. 983/Menkes/SK/XI/1993 tentang Pedoman Organisasi RSU antara lain disebutkan :

- a. Satuan pengawas intern adalah kelompok fungsional yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola sumber daya rumah sakit.
- b. Satuan pengawas intern dapat dibentuk pada RSU Kelas A, Kelas B dan RS yang ditetapkan sebagai Unit Swadana.
- c. Satuan pengawas intern ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit. Pengawasan adalah merupakan salah satu fungsi manajemen yang pelaksanaannya mutlak diperlukan pada setiap pencapaian tujuan. Pengawasan yang sering disebut pengendalian diperlukan untuk menjamin agar semua kegiatan organisasi berjalan sesuai dengan kebijaksanaan, rencana, peraturan dan ketentuan serta tata laksana atau prosedur yang berlaku. Dengan demikian pengawasan diperlukan untuk mencegah terjadinya berbagai bentuk penyimpangan, kebocoran dan pemborosan dalam pemakaian waktu, dana, daya dan sarana sehingga kegiatan rumah sakit dapat terlaksana dengan efektif dan efisien.

Lemahnya pengawasan yang dilakukan dapat mengakibatkan :

- a. Tugas organisasi tidak dapat tercapai.
- b. Penerimaan pendapatan dan kegiatan pelayanan tidak terkontrol.
- c. Terjadinya pemborosan.
- d. Pelayanan buruk dan lambat yang mengakibatkan kerugian yang besar bagi masyarakat. Diharapkan dengan telah terbentuknya Satuan Pengawas Intern

(SPI) di rumah sakit serta telah berfungsinya sebagaimana yang diharapkan akan dapat meningkatkan pengelolaan rumah sakit termasuk manajemen keuangan secara lebih berhasil guna dan berdaya guna.

D. Analisis pengaruh pengendalian mutu pelayanan pada pendapatan

Sementara ini kita mengetahui bahwa mutu pelayanan dipengaruhi oleh 5 buah dimensi dari service quality yaitu reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangibles. Sedangkan pengendalian mutu pelayanan ditentukan oleh faktor-faktor seperti administrasi dan pengelolaan, staf dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan dan program pendidikan lalu disempurnakan dengan evaluasi dan pengendalian mutu terpadu. Dan untuk variabel pendapatan dirangkum dalam penganggaran terpadu, pelaksanaan anggaran, standar akuntansi rumah sakit dan juga Satuan Pengawas Intern (SPI).

Dari pernyataan diatas dapat kita ambil kesimpulan bahwa pendapatan rumah sakit sangat tergantung kepada cara pandang pelanggannya terhadap rumah sakit sebagai perusahaan jasa kesehatan yaitu berdasarkan perbincangan di kalangan masyarakat luas tentang image rumah sakit, kebutuhan pribadi pelanggan akan jasa kesehatan yang memenuhi syarat ke-5 dimensi service quality dan juga pengalaman di masa lalu tentang rumah sakit ini apakah terkesan atau tidak. Untuk menarik hati pelanggan agar terkesan dengan jasa kita, maka kita harus memberikan image yang baik atas rumah sakit ini, jangan sampai mengecewakan hati pelanggan, berusaha memenuhi kebutuhan

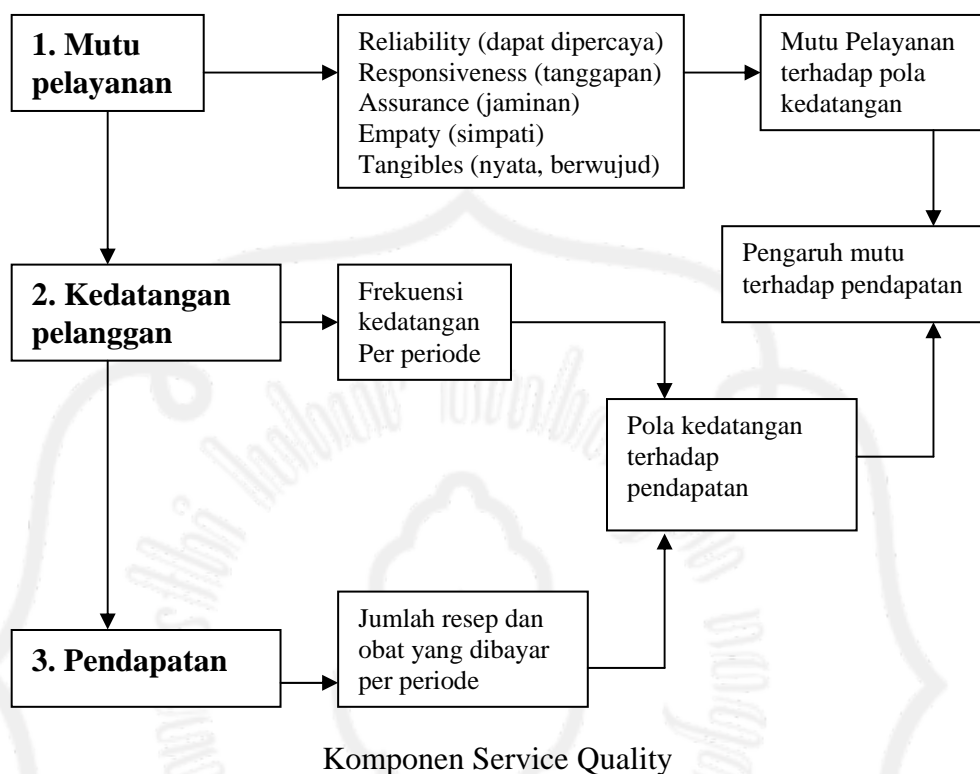
pelanggan akan jasa kesehatan dengan sebaik-baiknya atau dengan kata lain meningkatkan mutu pelayanan, memberikan kenangan yang manis di dalam ingatan pelanggan apotek rumah sakit sehingga pelanggan akan dengan senang hati memakai jasa apotek rumah sakit ini dan bersedia merekomendasikannya kepada sanak, kerabat dan handai taulannya.

Dengan demikian jumlah kedatangan pelanggan semakin meningkat karena bukan hanya yang pertama saja yang memakai jasa kita tetapi juga berdatangan pelanggan kedua, ketiga dan seterusnya. Sehingga pemasukan pun secara otomatis akan bertambah. Dengan demikian pengendalian mutu pelayanan pada pendapatan adalah salah satu faktor penyebab kenaikan pendapatan apotek di Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Solo baik secara langsung maupun tidak langsung jika ditilik dari keberadaan apotek yang posisinya di bawah naungan rumah sakit negeri.

E. Kerangka Pemikiran

Untuk penelitian ini penulis menggunakan kerangka pemikiran yang simpel dan jelas agar dapat diketahui bahwa memang pada dasarnya ada hubungan antara word of mouth, personal needs, dan past experience dengan frekuensi kedatangan. Frekuensi kedatangan per periode menjadi pola kedatangan pelanggan. Kelima dimensi mutu pelayanan menjadi alasan dari faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan di apotek, yang dengan demikian mempengaruhi pola kedatangan pelanggan dan kinerja karyawan. Frekuensi

kedatangan pelanggan menjadi dasar dari jumlah resep dan obat yang dibayar per periode, yang kemudian mempengaruhi pendapatan apotek.



Keterangan :

Menurut D. L. Goestch dan S. B. Davis (1999 : 3) "Definisi mutu adalah suatu ukuran bernilai tinggi atau tidak dari suatu hasil produksi maupun tindakan guna mencapai tujuan yang diinginkan seoptimal mungkin", contoh : mutu tinggi dan mutu rendah. Sedangkan J. A. Fitzsimmons dan Mona (1994 : 5) "Definisi pelayanan adalah suatu sikap dan tindakan guna memenuhi kemauan dan kehendak daripada orang atau institusi yang harus dilayani secara tepat dan akurat sehingga yang bersangkutan merasa puas", contoh : pelayanan dalam apotek rumah sakit.

Darmawan S. (1995 : 7) berkata " Definisi pendapatan adalah suatu hasil dari kerja yang berupa uang atau yang diekuivalenkan dengannya dalam suatu periode tertentu, contoh : gaji. Dari kerangka diatas diketahui bahwa faktor pendapatan dipengaruhi atau tergantung pada tingkat kedatangan pelanggan, pelayanan cepat, menarik dan akurat maka pelanggan merasa puas kemudian akan memberikan informasi kepada calon pelanggan (promosi). Dengan demikian banyaknya pelanggan akan berpengaruh kuat atas pendapatan.

Dimensi mutu pelayanan itu terdiri atas :

1. Reliability (dapat dipercaya) : konsistensi dari kinerja, ini berarti bahwa apotek melakukan pelayanan dengan benar dan juga berarti bahwa jasa apotek tersebut dijanjikan untuk konsumen dengan kredibilitas tinggi..
2. Responsiveness (tanggapan) : berkaitan dengan kemauan atau kesiapan dari karyawan untuk memberikan pelayanan. Hal ini termasuk dalam ketepatan waktu jasa (timeliness of service).
3. Assurance (jaminan) : jaminan yakni mencakup pengetahuan, kecakapan, skill, kemampuan, kesopan-santunan dan keramahtamahan, sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.
4. Empathy (simpati) : kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.
5. Tangibles (jelas dan pasti) : bukti nyata dari jasa juga kemudahan untuk dihubungi meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi. J. A. Fitzsimmons (1994: 44-45).

C. Asumsi dan Hipotesis

Asumsi yang mendasari pengambilan hipotesis skripsi ini yaitu :

1. Seandainya pelanggan merasa puas dan calon pelanggan mendengar tentang mutu pelayanan RSOP apotek yang baik maka akan meningkatkan kedatangan pelanggan.
2. Seandainya kedatangan pelanggan frekuensinya tinggi maka akan meningkatkan pendapatan.

Hipotesis

1. Diduga pola kedatangan konsumen berhubungan terhadap mutu pelayanan.
2. Diduga pendapatan berhubungan terhadap kedatangan konsumen.

BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT APOTEK

A. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit

Keberadaan Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese dimulai dari inisiatif Dr. Soeharso yang bekerja sebagai dokter umum pada Rumah Sakit " Nood Hospital " di Jebres Surakarta. Atas izin Direktur Rumah Sakit, Dr. Soeharso merintis kegiatan pembuatan kaki dan tangan palsu bagi para penderita cacat tubuh akibat perang kemerdekaan.

Pada tanggal 28 Agustus 1951 diresmikan berdirinya Rehabilitatie Centrum (RC) yang berlokasi di Jebres. RC memiliki dua kegiatan utama yaitu rehabilitasi medik dan rehabilitasi karya.

Untuk memenuhi tuntutan kebutuhan dan kegiatan yang selalu meningkat maka didirikan dua lembaga terpisah, namun terletak dalam satu gedung atau satu atap. Lembaga tersebut adalah :

1. Lembaga Orthopedi dan Prothese (LOP)
2. Pusat Rehabilitasi Penderita Cacat Tubuh (PRPCT)

Pada tahun 1955 kegiatan begitu meningkat, sehingga LOP mulai membangun gedung terpisah yang berlokasi di gedung Pabelan, sebelah barat Surakarta kurang lebih 15 km dari Jebres yang berlokasi di bagian timur kota Surakarta. Kegiatan berangsur-angsur pindah ke lokasi baru di Pabelan sesuai dengan tahapan pembangunan gedung. Gedung dan perumahan dibangun di atas tanah seluas kurang lebih 103.000 m².

Pada tanggal 28 April 1978 LEMBAGA ORTHOPEDI DAN PROTHESE (LOP) diganti namanya menjadi RUMAH SAKIT ORTHOPEDI DAN PROTHESE (RSOP) dengan SK Menkes No. : 139/Menkes/SK/IV/78.

Dengan pindahannya LOP ke lokasi baru di Pabelan, maka PRPCT juga mengembangkan diri di lokasi lama di Jebres, yang sekarang dikenal dengan Jalan Kolonel Sutarto. Pada tanggal 16 April 1987 proses perpindahan selesai sehingga seluruh kegiatan RSOP dilaksanakan di Pabelan. Melalui Keputusan Menkes No. 139/Menkes/SK/IV/87 tanggal 24 April 1987 nama Prof. Dr. Soeharso dikukuhkan sebagai nama RSOP. Lengkapnya nama rumah sakit adalah RUMAH SAKIT ORTHOPEDI DAN PROTHESE PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA.

Menteri Kesehatan RI melalui SK No. 511/Menkes/SK/VI/94 tanggal 8 Juni 1994 mengganti nama dan menetapkan sebagai PUSAT RUJUKAN NASIONAL di bidang pelayanan orthopedi. Secara lengkap nama rumah sakit ini adalah : RUMAH SAKIT ORTHOPEDI DAN PROTHESE PROF. DR. R. SOEHARSO SOLO.

Untuk mewujudkan cita-cita luhur Prof. Dr. Soeharso, dengan bantuan dan dorongan dari pemerintah, swasta dan masyarakat, didirikan beberapa unit pelayanan, antara lain :

- Pusat Rehabilitasi Penderita Cacat Tubuh (PRPCT) milik Departemen Sosial
- Depo Rehabilitasi Cacat Hankam (SANALAK VOK 2)

- Badan Pembinaan Olahraga Cacat (BPOC)
- Yayasan Paraplegia
- Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC)
- Koperasi Penyandang Cacat (Kopenca) Harapan Jaya
- Sheltered Workshop (Protorto)
- Pusat Pengembangan Rehabilitasi Bersumber Masyarakat (PPRBM)
- Lembaga Orthopedian dan Prothese (LOP)
- Akademi Fisioterapi

Sembilan lembaga tersebut menggunakan nama yang sama yaitu " Prof. Dr. Soeharso". Diantara sembilan lembaga tersebut terdapat kerjasama yang baik, meskipun masing-masing bernaung dibawah instansi yang berbeda baik pemerintah maupun swasta.

Nama Rehabilitatie Centrum sudah melekat dan terpatrit dalam ingatan masyarakat. Jika menyebut nama Prof. Dr. Soeharso, masyarakat akan mengartikan sebagai RC yang berlokasi di Jebres, padahal saat ini tidak lagi RC, sedangkan sembilan lembaga di bawah nama Prof. Dr. Soeharso mempunyai tujuan dan kegiatan masing-masing.

PRPCT melalui SK Mensos diganti nama menjadi Pusat Rehabilitasi Sosial Bina Daksa (PRSBD), melaksanakan pelayanan bagi penderita cacat yang tidak mampu. PRSBD bekerja sama dengan Departemen Tenaga Kerja merawat penderita cacat, memberikan latihan kerja, dan pada akhirnya menyalurkan penderita untuk bekerja di perusahaan-perusahaan. Penderita cacat yang memerlukan tindakan medis,

pembedahan dan rehabilitasi medis dilaksanakan di Rumah Sakit Orthopedi.

Sembilan lembaga Pemerintah, swasta dan masyarakat yang menggunakan nama sama : Prof. Dr. Soeharso, merupakan penghormatan bagi penerus, karena semua lembaga tersebut didirikan dan dirintis oleh Prof. Dr. Soeharso, Pahlawan Nasional, Perintis Bedah Tulang dan Perintis Medik di Indonesia.

Ke sembilan lembaga tersebut adalah :

1. PUSAT REHABILITASI SOSIAL BINA DAKSA (dahulu PRPCT) milik Departemen sosial, yang terletak di Jl. Tentara Pelajar Jebres Surakarta. Fungsi Pusat Rehabilitasi Sosial Bina Daksa (PRSBD) adalah menampung para penyandang cacat tubuh dari golongan ekonomi lemah dari seluruh Indonesia. Penderita cacat dibimbing dalam rangka Rehabilitasi Sosial dan Rehabilitasi Karya disediakan pemondokan, pendidikan, latihan ketrampilan dan upaya mendapatkan pekerjaan melalui kerjasama dengan Depnaker dan APINDO. Penderita cacat tersebut mendapatkan pelayanan gratis, semua biaya ditanggung oleh Departemen Sosial.
2. SANALAK VOK 2 milik Departemen Pertahanan dan Keamanan yang khusus menangani penderita cacat dari ABRI, lokasinya bergabung dengan PRSBD di Jl. Teater Pelajar Jebres Surakarta.
3. BADAN PEMBINAAN OLAHRAGA CACAT (BPOC), yang berlokasi di Jalan Ir. Sutami 86 Jurug Surakarta (dahulu YAYASAN

PEMBINAAN OLAHRAGA CACAT). Fungsinya adalah meningkatkan harkat dan keberadaan penderita cacat dalam masyarakat, melalui olahraga.

4. YAYASAN PARAPLEGIA, yang terletak di Jalan. Adi Sumarmo, berfungsi menampung para penderita paraplegia, melatih agar lebih percaya diri dan merasa berguna bagi masyarakat.
5. YAYASAN PEMBINAAN ANAK CACAT (YPAC), sekarang berpusat di Jakarta dengan puluhan cabang di seluruh Indonesia. YPAC berada di Jalan Slamet Riyadi Surakarta. Fungsinya adalah membina anak cacat melalui latihan dan sekolah luar biasa khusus anak cacat.
6. KOPERASI PENYANDANG CACAT " HARAPAN JAYA ", di Jl. Ir. Sutami No. 88 Jurug Surakarta, menyelenggarakan kegiatan ekonomi di bidang koperasi untuk membantu kesejahteraan para penyandang cacat. Koperasi tersebut memiliki Badan Usaha seperti percetakan, perparkiran, dll.
7. SHELTERED WORKSHOP (PROTORTO).
8. PUSAT PENGEMBANGAN REHABILITASI BERSUMBER MASYARAKAT (PPRBM), di Jalan Adi Sucipto Surakarta. Fungsinya adalah menggalang partisipasi masyarakat untuk deteksi dini kecacatan dan pengembangan rehabilitasi penyandang cacat.
9. RUMAH SAKIT ORTHOPEDI, di Jalan A. Yani Pabelan Kabupaten Sukoharjo, persis di garis batas barat kota Surakarta. Nama lengkap

Rumah Sakit adalah " RUMAH SAKIT ORTHOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SOLO ". Fungsinya adalah melakukan pelayanan ortopedi paripurna, bermutu, terpadu, berkesinambungan dan melakukan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang ortopedi. Sebagai satu-satunya Rumah Sakit khusus ortopedi di Indonesia, dan ditetapkan sebagai " PUSAT RUJUKAN NASIONAL PELAYANAN ORTOPEDI ".

Jika ditelusuri fungsi masing-masing lembaga, akan terlihat bahwa delapan instansi (no. 1 s/d 8) menangani penderita cacat tubuh, sedangkan RSOP bertugas memberikan pelayanan paripurna di bidang ortopedi, mulai dari peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan kecacatan (preventif), pelayanan penyakit/ kasus-kasus tulang (kuratif), sampai dengan pelayanan perbaikan fungsi dan penggantian organ (rehabilitatif). Rehabilitasi yang dilakukan adalah rehabilitasi medik, termasuk psikologis dan rehabilitasi sosial. Lembaga-lembaga lain jika menemui pasien cacat yang memerlukan pelayanan medis, diharapkan merujuk ke RSOP.

Demikian banyaknya lembaga yang bergerak dalam bidang kecacatan, maka merupakan hal yang lumrah apabila terdapat kerancuan dan salah rujuk. Jangankan masyarakat Indonesia umumnya, masyarakat Solo sendiri banyak yang masih tidak faham, dan hanya mengenal satu tempat dengan nama historis yaitu Rehabilitatie Centrum (RC), yang berlokasi di Jebres.

Perbedaan pelayanan antara RSOP Prof. Dr. R. Soeharso dengan lembaga lain adalah sbb. :

- a. Delapan lembaga diluar RSOP Prof. Dr. Soeharso melayani penderita cacat saja, dan melakukan kegiatan rehabilitasi sosial dan rehabilitasi medik lanjutan.
- b. RSOP Prof. Dr. Soeharso , sasaran utamanya adalah penderita penyakit tulang dan sendi dengan berbagai sebab,disamping juga melayani rehabilitasi penderita cacat.

Ada 3 (tiga) kriteria pasien yang dilayani di RSOP Prof. DR. Soeharso secara rutin maupun maupun emergensi (gawat darurat), yaitu :

1. Semua kasus tulang, baik kelainan sejak lahir, karena penyakit, kecelakaan dan usia lanjut.
2. Semua kasus rehabilitasi medik yang memerlukan :
 - a. fisioterapi
 - b. okupasi terapi
 - c. psikoterapi
 - d. sosial medik
3. Semua kasus yang memerlukan alat pengganti organ tubuh (protesa) dan penyangga tubuh (ortosa), antara lain :
 - a. kaki buatan
 - b. tangan buatan
 - c. alat penyangga : korset, kruk, tripod, kursi roda, dll.

Sebagaimana rumah sakit pemerintah lainnya, RSOP mempunyai tarif yang terjangkau oleh masyarakat. Sebagai pusat rujukan, seyogyanya pasien datang membawa surat rujukan dari Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik atau Praktek Dokter.

Yang perlu diketahui oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan adalah :

- a. Semua penyakit tulang dan sendi yang disebabkan oleh kelainan bawaan, penyakit, kecelakaan, atau proses penuaan dirujuk ke RSOP secara langsung atau melalui sarana pelayanan kesehatan lain. Kasus-kasus lain dapat dikirim ke lembaga lain untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi sosial. Khusus bagi penderita cacat tidak mampu dapat dirujuk ke PRSBD melalui Dinas Sosial Daerah Tingkat II.
- b. Pelayanan pengganti alat tubuh (protesa), dan penyangga tubuh (ortosa), disalurkan ke RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo.

B. Kedudukan, Fungsi dan Tugas Rumah Sakit

Kedudukan dan Status

- RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo adalah Unit Organik di lingkungan Departemen Kesehatan.
 - RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo adalah Pusat Rujukan Nasional dalam Pelayanan Ortopedi.
 - Direktur RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Drjen Pelayanan Medik.

Fungsi

Untuk melaksanakan misi dan tugas, maka RSOP mempunyai fungsi sbb :

- a. Melaksanakan Pelayanan Medis
- b. Melaksanakan Pelayanan Penunjang Medis
- c. Melaksanakan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan
- d. Melaksanakan Pelayanan Rujukan
- e. Melaksanakan Kegiatan Pendidikan, Pelatihan dan Penyuluhan
- f. Melaksanakan Kegiatan Administrasi Umum dan Keuangan.

Untuk menjalankan fungsinya RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo berdasarkan SK Menkes No. 511 tahun 1944, maka dibentuklah Susunan Organisasi Lini dan Staf sebagai berikut :

1. Wadir Umum dan Keuangan , dibantu oleh 4 orang Kepala Bagian Eselon III/b.
 - a. Kabag Sekretariat, dengan 3 Kepala Sub Bagian Eselon IV/b.
 - b. Kabag Penyusunan Program dan Laporan, dengan 3 Kepala Bagian Sub Bagian Eselon IV/b.
 - c. Kabag Keuangan, dengan 3 Kepala Sub Bagian Eselon IV/b
 - d. Kabag Pendidikan dan Penelitian, dengan 2 Kepala Sub Bagian Eselon IV/b.
2. Wadir Pelayanan, dibantu oleh 3 Kepala Bidang Eselon III/b.
 - a. Kabid Pelayanan dan Penunjang Medis, dengan 2 Kepala Seksi Eselon IV/b.

- b. Kabid Rehabilitasi, dengan 2 Kepala Seksi Eselon IV/b.
- c. Kabid Keperawatan, dengan 2 Kepala Seksi Eselon IV/b.

Kegiatan pelayanan langsung diselenggarakan oleh 13 instalasi, dibantu oleh 3 Instalasi Penunjang. Kepala Instalasi adalah Jabatan Non Struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur. Tiga belas Instalasi Pelayanan langsung di bawah Wadir Pelayanan tersebut adalah :

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap
3. Instalasi Bedah Sentral
4. Instalasi Gigi Mulut
5. Instalasi Radiologi
6. Instalasi Laboratorium
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Gizi
9. Instalasi Fisioterapi
10. Instalasi Okupasi Terapi
11. Instalasi Psikologi
12. Instalasi Ortotikdan Prostetik
13. Instalasi Pekerjaan Medis

Tiga Instalasi Penunjang yang berada di bawah Wadir Umum dan Keuangan adalah :

14. IPSRS (Instalasi Pemelihara Sarana Rumah Sakit)
15. Instalasi Binatu

16. Instalasi Sanitasi

Untuk menjamin kualitas pelayanan dan antisipasi terhadap peningkatan pelayanan, Direktur dibantu oleh Komite Medis dan Staf Medis Fungsional sudah dibentuk Komite Medik dengan SK Direktur No...., sedang menunggu SK Dirjen YAN MED. Dibawah Komite Medis dapat dibantu Sub-sub komite atau panitia, sesuai dengan kebutuhan yang sudah dibentuk :

1. Panitia Pencegahan Infeksi Nosokomial (PIN)
2. Panitia Klinik Nyeri
3. Sub Komite Farmasi dan Terapi
4. Tim Pelaksana PKMRS (Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit)
5. Panitia Kendali Mutu
6. Sub Komite GRSBT (Gerakan Rumah Sakit Bersih dan Tertib)
7. Sub Komite Rekam Medik
8. Sub Komite Pemeliharaan Alat

Staf Medis Fungsional belum dibentuk secara formal, namun salah seorang senior dari masing - masing profesi dianggap sebagai koordinator.

Tugas Rumah Sakit

RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo mempunyai pelayanan ortopedi secara paripurna, bermutu, terpadu dan berkesinambungan, kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang ortopedi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C. Lokasi Rumah Sakit

RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo dibangun diatas tanah seluas 103.000m² di Kelurahan Pabelan, sebelah barat Kota Surakarta. Secara geografis termasuk daerah administrasi kabupaten Sukoharjo. Luas bangunan Rumah Sakit adalah 24.000 m². Ditilik dari luas bangunan sudah cukup memadai namun secara nyata masih dirasakan ada kekurangan. Keadaan ini dapat dipahami mengingat bangunan-bangunan yang ada dibangun secara bertahap selama \pm 23 tahun (th. 1955 s/d 1978). Dari sekian banyak bangunan tersebut terdapat beberapa diantaranya yang sudah rusak dan tidak sesuai lagi dengan fungsinya.

Peralatan medis cukup memadai dalam jumlah dan jenis, namun beberapa diantaranya sudah ketinggalan zaman dan tidak berfungsi lagi. Peralatan perkantoran cukup memadai dan sudah mulai didukung otomatisasi kantor, local area network dan masuk jaringan internet.

D. Organisasi Rumah Sakit

Berdasarkan SK Menkes No. 511 tahun 1994, ditetapkan misi, visi dan motto RSOP Prof. Dr. R Soeharso Solo, sbb :

Misi

Memberikan pelayanan paripurna di bidang ortopedi yang bermutu, terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, tempat pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di bidang ortopedi, dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat.

Visi

Wawasan dan kemampuan yang luas sebagai pusat rujukan nasional ortopedi, siap menyongsong dan berperan dalam era globalisasi.

Motto

CEKATAN : cepat, akurat, aman dan nyaman

E. Penentuan Harga atau Tarif

Anggaran penerimaan rumah sakit dikelompokkan menjadi 2 yaitu penerimaan umum dan penerimaan fungsional. Yang dimaksud dengan penerimaan umum adalah suatu penerimaan negara yang bersifat umum yang diterima oleh rumah sakit sedangkan penerimaan fungsional adalah penerimaan yang diterima oleh rumah sakit berdasarkan imbalan jasa terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Dengan ditetapkannya rumah sakit menjadi unit swadana, atau berdasarkan SK Menteri Keuangan No. 124/MK.03/1998, sebagian penerimaan fungsional rumah sakit dapat digunakan oleh rumah sakit untuk kebutuhan operasional dan pemeliharaan RS serta peningkatan Sumber Daya Manusia. Anggaran penerimaan fungsional disusun berdasarkan perkiraan volume kegiatan pelayanan tahun yang akan datang dikalikan dengan besaran tarif masing-masing kegiatan pelayanan tersebut.

Kebijakan penetapan tarif

1. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Biaya penyelenggaraan rumah sakit Pemerintah dipikul bersama oleh Pemerintah dan masyarakat dengan memperhatikan kemampuan keuangan negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat.
3. Tarif rumah sakit tidak dimaksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan berdasarkan azas gotong-royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah.
4. Tarif rumah sakit untuk golongan masyarakat yang pembayarannya dijamin oleh pihak penjamin, ditetapkan atas dasar saling membantu melalui suatu ikatan perjanjian tertulis.
5. Rawat Jalan dan Rawat Inap kelas IIIA, II, I dan utama dapat dikenakan jasa pelayanan sedangkan pasien Rawat Inap kelas IIIB tidak dikenakan jasa pelayanan.
6. Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dari setiap jenis pelayanan dan kelas perawatan dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, tarif rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang.

F. Struktur Permodalan

Berasal dari pendapatan rumah sakit dan subsidi Pemerintah.

G. Gambaran Umum Apotek

1. Sejarah Berdirinya

Apotek ini berdiri sejak didirikannya Rumah Sakit Ortopedi dan Prothese dengan SK Menkes No. 139/Menkes/SK/IV/78 pada tanggal 28 April 1978

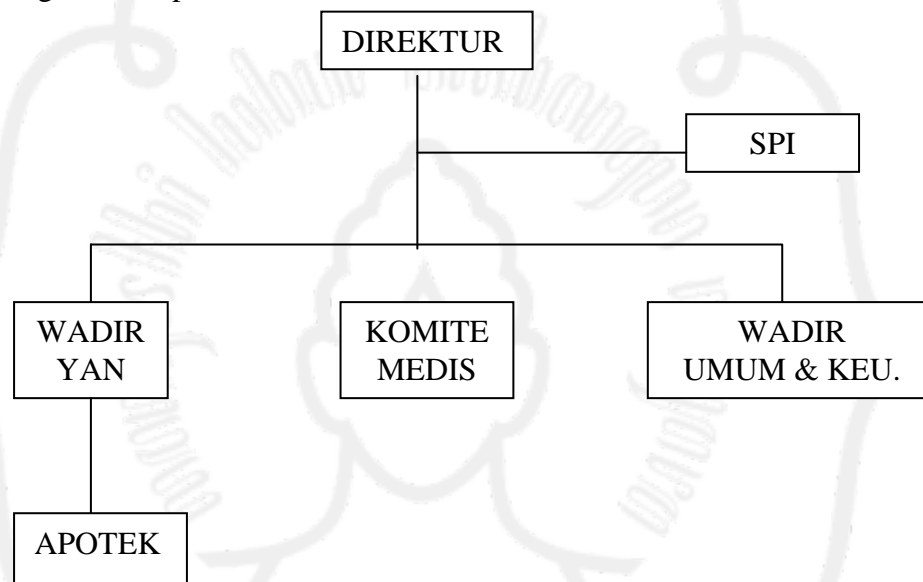
2. Kedudukan, Fungsi dan Tugas Apotek

Kedudukan Apotek : sebagai pelengkap operasional rumah sakit.

Fungsi : pelayanan obat dan alat-alat kesehatan

3. Lokasi Apotek : di dalam areal RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo.

4. Organisasi Apotek



3.1. Gambar Struktur Organisasi Rumah Sakit

SPI : Satuan Pengawas Intern

Wadir : Wakil direktur

Keu : Keuangan

Wadir Yan : Wakil Direktur Pelayanan

5. Penentuan Harga atau Tarif

Apotek mengambil keuntungan 20% dari harga pembelian barang.

7. Struktur Permodalan : sesuai kebijaksanaan rumah sakit.

BAB IV

**ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN TENTANG HUBUNGAN
PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN DENGAN PENDAPATAN
APOTEK**

Untuk menganalisis penelitian yang berjudul : Hubungan Pengendalian Mutu Pelayanan Pada Pendapatan Apotek di Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta, penulis mengambil data yang diperoleh dari responden sebanyak 40 orang yang berobat.

Analisis yang digunakan adalah analisis statistik yaitu analisis Chi-Square, sedangkan untuk menguji apakah kedatangan konsumen ada hubungan dengan mutu pelayanan yang meliputi jaminan, simpati, perwujudan serta pendapatan dipengaruhi oleh kedatangan konsumen digunakan analisis Test of Independency dan untuk mengetahui tingkat kuat lemahnya tingkat keeratan hubungan yang terjadi antara jaminan, simpati dan perwujudan dengan kedatangan konsumen digunakan analisis Contingency Coeficient.

A. Penentuan Pengukuran Bagi Variabel Analisis

1. Pengukuran Kedatangan Konsumen

Tabel IV.1

Hasil Penilaian Kedatangan Konsumen

| Kedatangan Konsumen | Jumlah Responden | % |
|---------------------|------------------|-------|
| Rutin | 17 | 42,50 |
| Tidak Rutin | 15 | 37,50 |
| Kadang-kadang | 8 | 20,00 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

2. Pengukuran Mutu Pelayanan Tentang Penanggapan

Tabel IV.2

Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Penanggapan

| Mutu Pelyn. Penagg | Jumlah Responden | % |
|--------------------|------------------|-------|
| Tanggap | 33 | 82,50 |
| Tidak Tanggap | 7 | 17,50 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

3. Pengukuran Mutu Pelayanan Tentang Jaminan

Tabel IV.3

Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Jaminan

| Mutu Pelyn. Jaminan | Jumlah Responden | % |
|---------------------|------------------|-------|
| Baik | 12 | 30,00 |
| Kurang Baik | 18 | 45,00 |
| Tidak Baik | 10 | 25,00 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

4. Pengukuran Mutu Pelayanan Tentang Perwujudan

Tabel IV. 4

Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Perwujudan

| Mutu Pelyn. Perwujd. | Jumlah Responden | % |
|----------------------|------------------|-------|
| Sangat lengkap | 7 | 17,50 |
| Lengkap | 18 | 45,00 |
| Kurang lengkap | 10 | 25,00 |
| Tidak lengkap | 5 | 12,50 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

5. Pengukuran Mutu Pelayanan Tentang Simpati

Tabel IV.5

Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Simpati

| Mutu Pelyn. Simpati | Jumlah Responden | % |
|---------------------|------------------|-------|
| Perhatian | 21 | 52,50 |
| Kurang Perhatian | 13 | 33,50 |
| Sangat perhatian | 6 | 15,00 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

6. Pengukuran Mutu Pelayanan Tentang Kepercayaan

Tabel IV.6

Hasil Penilaian Mutu Pelayanan Tentang Kepercayaan

| Mutu Pelyn. Kepercy. | Jumlah Responden | % |
|----------------------|------------------|-------|
| Sangat cepat | 8 | 20,00 |
| Cepat | 16 | 40,00 |
| Sedang | 10 | 25,00 |
| Lambat | 6 | 15,00 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah

7. Pengukuran Pendapat

Tabel IV. 7

Hasil Penilaian Pendapat

| Pendapatan | Jumlah Responden | % |
|------------|------------------|-------|
| Tinggi | 17 | 42,50 |
| Sedang | 15 | 37,50 |
| Rendah | 8 | 20,00 |
| Jumlah | 40 | 100 |

Keterangan: Data responden yang diolah.

B. Analisis Chi-Square

Analisis ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh masing-masing variabel terhadap kedatangan konsumen.

Berdasarkan data yang telah diperoleh dari hasil penelitian serta untuk memudahkan penghitungan, penulis menggunakan alat bantu Program Micro Statistic yang hasilnya sebagai berikut :

1. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Pelayanan Penanganan

Tabel IV. 8
Distribusi Antara Kedatangan Konsumen Dengan
Mutu Pelayanan Penanggapan

| Kedatangan Konsumen | Mutu Pelayanan Tanggapan | | Jumlah |
|------------------------|--------------------------|---------------|--------|
| | Tanggap | Tidak tanggap | |
| Rutin | 14 | 3 | 17 |
| Tidak rutin | 13 | 2 | 15 |
| Kadang-kadang | 6 | 2 | 8 |
| Jumlah | 33 | 7 | 40 |

Keterangan: Data primer

CHI-SQUARE = .492, D.F. = 2. PROB. = .7818

Kesimpulan :

Karena $X^2 < X^2$ tabel ($0,492 < 5,991$) maka H_0 diterima. Hal ini berarti tidak ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan penanggapan.

2. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Jaminan.

Tabel IV. 9
Distribusi Antara Kedatangan Konsumen
Dengan Mutu Jaminan

| Kedatangan Konsumen | Mutu Pelayanan Jaminan | | | Jumlah |
|------------------------|------------------------|----------|----------|--------|
| | Baik | Kr. Baik | Tdk Baik | |
| Rutin | 10 | 6 | 1 | 17 |
| Tidak rutin | 1 | 10 | 4 | 15 |
| Kadang ² | 1 | 2 | 5 | 8 |
| Jumlah | 12 | 18 | 10 | 40 |

Keterangan: Data Primer

CHI-SQUARE = 17.881, D.F. = 4. PROB. = 1.302E-03

Kesimpulan :

Karena $X^2 > X^2$ tabel (17,881 > 9,448) maka H_0 ditolak. Hal ini berarti ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu jaminan. Sedangkan kuat/lemahnya antara kedua variabel tersebut dapat diukur dengan Contingency Coefficient, sebagai berikut :

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + n}}$$

$$C = \sqrt{\frac{17,881}{17,881 + 40}} = 0,696$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{m-1}{m}}$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{3-1}{3}} = 0,816$$

Dengan membandingkan harga C dan Cmax dapat diketahui bahwa ternyata pengaruh/hubungan kedua variabel tersebut kuat, hal ini terbukti dari dekatnya harga C dan Cmax (0,696 dengan 0,816).

3. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Pelayanan Perwujudan

Tabel IV.10

Distribusi Kedatangan Konsumen
Terhadap Mutu Pelayanan Perwujudan

| Kedatangan Konsumen | Mutu Pelayanan Perwujudan | | | | Jumlah |
|---------------------|---------------------------|------------|---------|-----------|--------|
| | Sgt.lengk | Kr.lengkap | Lengkap | Tdk.lengk | |
| Rutin | 1 | 14 | 1 | 1 | 17 |
| Tidak Rutin | 3 | 2 | 7 | 3 | 15 |
| Kadang ² | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Jumlah | 7 | 18 | 10 | 5 | 40 |

Keterangan: Data Primer

$$\text{CHI-SQUARE} = 19.090, \quad \text{D.F} = 6. \quad \text{PROB} = 4.014\text{E-}03$$

Kesimpulan:

Karena $X^2 > X^2$ tabel (19,090 > 12,592) maka H_0 ditolak. Hal ini berarti ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan perwujudan. Sedangkan kuat/lemahnya antara kedua variabel ter

sebut dapat diukur dengan Contingency Coefficient, sebagai berikut :

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + n}}$$

$$C = \sqrt{\frac{19,090}{19,090 + 40}} = 0,694$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{m-1}{m}}$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{3-1}{3}} = 0,816$$

Dengan membandingkan harga C dan Cmax dapat diketahui bahwa ternyata pengaruh/hubungan kedua variabel tersebut kuat, hal ini terbukti dari dekatnya harga C dan Cmax (0,694 dengan 0,816).

4. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Pelayanan Dapat Dipercaya

Tabel IV.11

Distribusi Kedatangan Konsumen

Terhadap Mutu Pelayanan Dapat Dipercaya

| Kedatangan Konsumen | Mutu Pelayanan Dapat Dipercaya | | | | Jumlah |
|---------------------|--------------------------------|----------|-------|--------|--------|
| | Sgt.Cepat | Kr.Cepat | Cepat | Lambat | |
| Rutin | 2 | 12 | 1 | 2 | 17 |
| Tidak rutin | 3 | 2 | 7 | 3 | 15 |
| Kadang ² | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Jumlah | 8 | 10 | 10 | 6 | 40 |

Keterangan: Data primer

$$\text{CHI-SQUARE} = 14.599, \quad \text{D.F} = 6. \quad \text{PROB.} = .0236$$

Kesimpulan :

Karena $X^2 > X^2$ tabel (14,599 >12,592) maka H_0 ditolak. Hal ini berarti ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan dapat dipercaya.

Sedangkan kuat/lemahnya antara kedua variabel tersebut dapat diukur dengan Contingency Coeficient, sebagai berikut :

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + n}}$$
$$C = \sqrt{\frac{14,599}{14,599 + 40}} = 0,703$$

Dengan membandingkan harga C dan C_{\max} dapat diketahui bahwa ternyata pengaruh/hubungan kedua variabel tersebut kuat, hal ini terbukti

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{m-1}{m}}$$
$$C_{\max} = \sqrt{\frac{3-1}{3}} = 0,816$$

dari dekatnya harga C dan C_{\max} (0,703 dengan 0,816)

5. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Pelayanan Simpati

Tabel IV.12

Distribusi Antara Kedatangan Konsumen
Dengan Mutu Pelayanan Simpati

| Kedatangan Konsumen | Mutu Pelayanan Simpati | | | Jumlah |
|------------------------|------------------------|--------|------------|--------|
| | Sgt.Perht. | .Perht | . Kr.Perht | |
| Rutin | 11 | 5 | 1 | 17 |
| Tidak rutin | 6 | 7 | 2 | 15 |
| Kadang ² | 4 | 1 | 3 | 8 |
| Jumlah | 21 | 13 | 6 | 40 |

Keterangan: Data primer

CHI-SQUARE = 6.569, D.F = 4. PROB. = .1605

Kesimpulan:

Karena $X^2 < X^2$ tabel (6,569 < 9,448) maka H_0 diterima. Hal ini berarti tidak ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan simpati.

6. Hubungan Kedatangan Konsumen Terhadap Pendapatan

Tabel IV.13
Distribusi Antara Kedatangan Konsumen
Dengan Pendapatan

| Kedatangan Konsumen | Pendapatan | | | Jumlah |
|------------------------|------------|--------|--------|--------|
| | Tinggi | Sedang | Rendah | |
| Rutin | 10 | 3 | 2 | 15 |
| Tidak rutin | 6 | 10 | 2 | 18 |
| Kadang ² | 1 | 2 | 4 | 7 |
| Jumlah | 17 | 15 | 8 | 40 |

Keterangan : Data primer

CHI-SQUARE = 12.540, D.F. = 4. PROB. = .0138

Kesimpulan :

Karena $X^2 > X^2$ tabel (12,540 > 9,448) maka H_0 ditolak. Hal ini berarti ada pengaruh/hubungan antara kedatangan konsumen dengan pendapatan.

Sedangkan kuat/lemahnya antara kedua variabel tersebut dapat diukur dengan Contingency Coeficient sebagai berikut :

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + n}}$$

$$C = \sqrt{\frac{12,540}{12,540 + 40}} = 0,710$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{m-1}{m}}$$

$$C_{\max} = \sqrt{\frac{3-1}{3}} = 0,816$$

Dengan membandingkan harga C dan Cmax dapat diketahui bahwa ternyata pengaruh/hubungan kedua variabel tersebut kuat, hal ini terbukti dari dekatnya harga C dan Cmax (0,710 dengan 0,816).

BAB V

KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan analisis data yang diuraikan pada halaman sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada hubungan yang positif antara pola kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan Apotik RSOP Prof. Dr. R. Soeharso di Surakarta. (a) Dengan uji crosstab kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan penanggapan hasilnya tidak signifikan (0,4920), (b) Uji crosstab kedatangan konsumen dengan mutu jaminan hasilnya signifikan (17,881), (c) Uji kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan perwujudan hasilnya signifikan (19,090), (d) Uji kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan dapat dipercaya hasilnya signifikan (14,599), (e) Uji crosstab kedatangan konsumen dengan mutu pelayanan simpati hasilnya signifikan (6,569). Sehingga hasil penelitian diatas dapat untuk memprediksikan masa yang akan datang Dengan usaha mempertinggi mutu pelayanan khususnya mutu pelayanan penanggapan dalam bidang obat-obatan apotek maka semakin besar pula jumlah pelanggan sebagai konsumen pada RSOP Prof. Dr. Soeharso di Surakarta.
2. Ada hubungan yang positif antara pendapatan dengan pola kedatangan konsumen di Apotek RSOP Profesor Dr. R. Soeharso di Surakarta. Dengan uji crosstab kedatangan konsumen dengan pendapatan hasilnya signifikan (12,540).
3. Kedua hal tersebut diatas dapat diterima karena C (sebagai Contingensi) dan C max (sebagai Contingensi maximum) terbukti bahwa C dekat dengan C max (0,710 dengan 0,816)

B. IMPLIKASI HASIL PENELITIAN

1. Pengetahuan Ilmu

Hasil penelitian ini secara teoritis dapat digunakan sebagai landasan dan bahan acuan bagi mata kuliah Manajemen Operasi dan Produksi khususnya dalam bidang Pengendalian Mutu Pelayanan dalam hal ini diterapkan pada Apotik yang berada di dalam instansi Pemerintah yaitu Rumah Sakit Orthopedi.

Disamping dapat juga sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian yang relevan di masa yang akan datang.

2. Penerapan Praktis

Dari hasil penelitian ini maka secara praktis dapat diterapkan dalam penyelenggaraan organisasi laba dan nirlaba dalam bidang Pengendalian Mutu Pelayanan. Sehingga bagi organisasi laba akan bisa meningkatkan pendapatannya atau mencapai laba yang optimal.

C. SARAN

Sehubungan dengan hasil penelitian, kesimpulan, serta implikasi penelitian seperti yang telah diuraikan, dapat dikemukakan saran - saran sebagai berikut :

1. Bagi pegawai Apotek RSOP Prof. Dr. R. Soeharso Solo, hendaknya meningkatkan hal -hal yang kurang khususnya dalam mutu pelayanan penanggapan dan simpati untuk mencapai tingkat mutu pelayanan yang tinggi/diinginkan dan pendapatan yang optimal.
2. Mohon diperhatikan sistemnya di RSOP.Prof.Dr.R.Soeharso jika sudah sesuai atau belum agar pelanggan merasa senang menggunakan jasanya.
3. Bagi konsumen hendaknya juga mawas diri dan berhati-hati dalam penggunaan jasa apotek seperti misalnya membaca dengan lebih teliti label obat dan cara minumnya sebelum mengkonsumsinya.

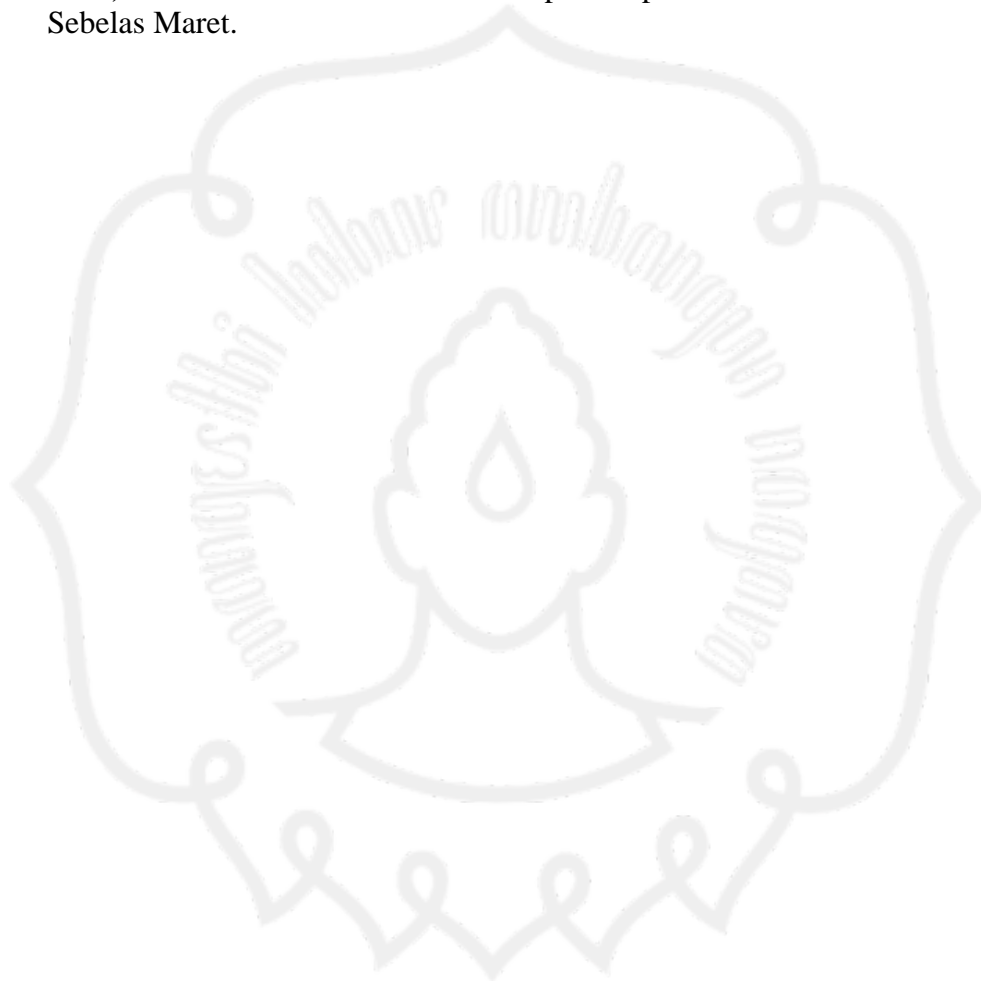
DAFTAR PUSTAKA

- Adi Saroni*, 1999, **Analisis Kualitas Jasa Terhadap Kepuasan Pelanggan Easy Call Solo**, Dokumentasi Skripsi Perpustakaan Ekonomi Universitas Sebelas Maret Solo.
- Amak Rochmad M*, 1996, **Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit** : Bahan dari Rumah Sakit Orthopedi dan Prothese Prof. Dr. R. Soeharso Solo.
- Aubrey Wilson*, 1982, **Menejemen Pemasaran Jasa** : PT Pustaka Binaman Pressindo.
- Barry Render and Jay Heizer*, 1994, **Prinsip-prinsip Manajemen Operasi**, Jakarta : Salemba Empat.
- Bidang Farmasi Rumah Sakit BPD ISFI Jateng*, Mei 1998, **Instrumen Self Assesment Akreditasi Rumah Sakit Pelayanan Farmasi**, Solo : Bahan dari RSOP Prof. Dr. R. Soeharso .
- Darmawan S*, 1996, **Pengantar Ilmu Ekonomi**, Yogyakarta : BPFE.
- David L. Goetsch and Stanley B. Davis*, **Introduction to Total Quality : Quality Management for Production, Processing and Service**, Second Edition. Printice-Hall International.
- Fandy Tjiptono dan Diana*, 1995, **Total Quality Management**, Yogyakarta : Andi Offset.
- Gregory H. Watson*, 1996, **Strategic Benchmarking : Mengukur Kinerja Perusahaan Anda Dibandingkan Perusahaan-Perusahaan Terbaik Dunia**, Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- James A. Fitzsimmons and Mona J. Fitzsimmons*, 1994, **Service Management : Operation, Strategy and Information Technology**, Edisi ke-3, Singapore : Mc graw-Hill Higher Education.
- Johannes Supranta*, 1983, **Riset Operasi untuk Pengambilan Keputusan**, UIP .
- Prof. Dr. Bambang Riyanto*, **Dasar-Dasar Pembelian Perusahaan**, Edisi IV, Yogyakarta : BPFE.
- Prof. Dr. Sutrisno Hadi, M.A.*, 1986, **Metodologi Research : Untuk Penulisan Paper, Skripsi, Thesis dan Disertasi**, Cetakan ke-19, Yogyakarta : Yayasan Penerbitan Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.

Sudjana, M.A., 1975, **Metode Statistika**, Bandung : Tarsito.

Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret, 1997, **Buku Pedoman Penyusunan Skripsi Fakultas Ekonomi Universitas Sebelas Maret**, Surakarta.

Wahyu Suryanto, 2000, **Implementasi Strategi Total Quality dengan House of Quality pada Jasa Pelayanan Penumpang Bus PO Rosalia Indah Solo 2000**, Surakarta : Dokumentasi Skripsi Perpustakaan Ekonomi Universitas Sebelas Maret.



KUESIONER

Kepada Yth.

Konsumen RSOP Prof. Dr. Soeharso

Surakarta

Dengan hormat,

Berkenaan dengan penelitian yang saya lakukan untuk penyusunan skripsi di UNS, maka untuk mendapatkan data yang diperlukan, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner yang saya ajukan.

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana hubungan kepuasan kerja terhadap prestasi kerja karyawan.

Apapun jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan sangat berarti dan merupakan bantuan yang sangat berharga bagi saya, serta turut menyumbang pemikiran bagi RSOP Prof. Dr. Soeharso Surakarta. Satu hal lagi bahwa identitas Bapak/Ibu akan saya rasakan.

Atas perhatian serta bantuannya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Feliciana Agin N. S

Lampiran I

KUESIONER**Tentang Karakteristik Konsumen, Kelima Dimensi Mutu Pelayanan,
Kedatangan Konsumen dan Faktor Nilai Resep****Lampiran : Daftar Kuesioner**

Berilah penilaian anda terhadap karakteristik konsumen, pola kedatangan konsumen, faktor nilai resep dan tingkat mutu pelayanan yang telah diberikan oleh apotek RSOP Prof. Dr. Soeharso Solo di bawah ini :

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai dengan pilihan anda :

I. Karakteristik Responden

1. Jenis kelamin responden

- a. Laki-laki
- b. Perempuan

2. Umur responden

- a. < 20 th
- b. 21 - 30 th
- c. 31 - 40 th
- d. 41 - 50 th
- e. > 50 th

3. Pekerjaan responden
 - a. PNS
 - b. ABRI
 - c. Pegawai Swasta
 - d. Wiraswasta
 - e. Lainnya
4. Penghasilan responden
 - a. < Rp 500.000,00
 - b. Rp 500.000,00 - Rp 1.000.000,00
 - c. Rp 1.000.100,00 - Rp 1.500.000,00
 - d. Rp 1.500.100,00 - Rp 2.000.000,00
 - e. > Rp 2.000.000,00
5. Jenis penyakit
 - a. Ringan
 - b. Sedang
 - c. Berat/operasi
6. Jenis pelayanan
 - a. Orthopedi
 - b. Rehabilitasi
 - c. Penunjang
 - d. Instalasi Ortotik & Prostetik
7. Jenis perawatan

- a. Rawat jalan
 - b. Rawat inap
8. Jenis kelas bila masuk rawat inap
- a. Kelas utama
 - b. Kelas I
 - c. Kelas II
 - d. Kelas IIIA
 - e. KelasIIIB

II. Tingkat Kedatangan Pelanggan (Kelima Dimensi Mutu Pelayanan)

A. Reliability

1. Bagaimana pendapat anda tentang kacamatan pelayanan di apotek ?
 - a. Sangat cepat
 - b. Cepat
 - c. Sedang
 - d. Lambat
 - e. Sangat lambat
2. Bagaimana pendapat anda tentang keakuratan pelayanan di apotek ini?
 - a. Sangat akurat
 - b. Akurat
 - c. Sedang
 - d. Kurang akurat
 - e. Tidak akurat

3. Bagaimana tentang kepuasan yang anda rasakan sebagai konsumen di apotek ini ?
 - a. Sangat puas
 - b. Puas
 - c. Sedang
 - d. Kurang puas
 - e. Tidak puas
4. Bagaimana tentang keandalan pelayanan ?
 - a. Sangat andal
 - b. Andal
 - c. Sedang
 - d. Dapat diandalkan
 - e. Tidak dapat diandalkan

B. Tangible

1. Bagaimana tentang fasilitas fisik di apotek ini ?
 - a. Sangat lengkap
 - b. Lengkap
 - c. Sedang
 - d. Kurang lengkap
 - e. Tidak lengkap
2. Bagaimana tentang perlengkapan yang ada di apotek ini ?
 - a. Sangat lengkap

- b. Lengkap
 - c. Sedang
 - d. Kurang lengkap
 - e. Tidak lengkap
3. Bagaimana tentang performance pegawai di apotek ini ?
- a. Sangat baik
 - b. Baik
 - c. Sedang
 - d. Kurang baik
 - e. Tidak baik
4. Bagaimana sarana komunikasi yang ada di apotek ini ?
- a. Sangat menunjang
 - b. Menunjang
 - c. Sedang
 - d. Kurang menunjang
 - e. Tidak menunjang

C. Responsiveness

1. Bagaimana tentang daya tanggap dalam melayani para pegawai di apotek ini ?
- a. Sangat tanggap
 - b. Sedang
 - c. Kurang tanggap

- d. Tanggap
 - e. Tidak tanggap
2. Bagaimana tentang kenyamanan yang anda rasakan di apotek ini ?
 - a. Sangat nyaman
 - b. Nyaman
 - c. Sedang
 - d. Kurang nyaman
 - e. Tidak nyaman

D. Assurance

1. Bagaimana tentang pengetahuan mengenai pelayanan di apotek ini ?
 - a. Sangat baik
 - b. Baik
 - c. Sedang
 - d. Kurang baik
 - e. Tidak baik baik
2. Bagaimana tentang kemampuan apotek memberikan pelayanan kepada kosumen ?
 - a. Sangat baik
 - b. Baik
 - c. Sedang
 - d. Kurang baik
 - e. Tidak baik

3. Bagaimana tentang kesopanan pelayanan di apotek ini ?
 - a. Sangat sopan
 - b. Sopan
 - c. Sedang
 - d. Kurang sopan
 - e. Tidak sopan
4. Bagaimana tentang rasa percaya yang diberikan para pegawai di apotek ?
 - a. Sangat dapat dipercaya
 - b. Dapat dipercaya
 - c. Sedang
 - d. Kurang dapat dipercaya
 - e. Tidak dapat dipercaya
5. Bagaimana tentang resiko atau keraguan atau kondisi bebas bahaya di apotek ini ?
 - a. Sangat bebas berbahaya
 - b. Berbahaya
 - c. Sedang
 - d. Kurang bebas berbahaya
 - e. Tidak bebas berbahaya

E. Empathy

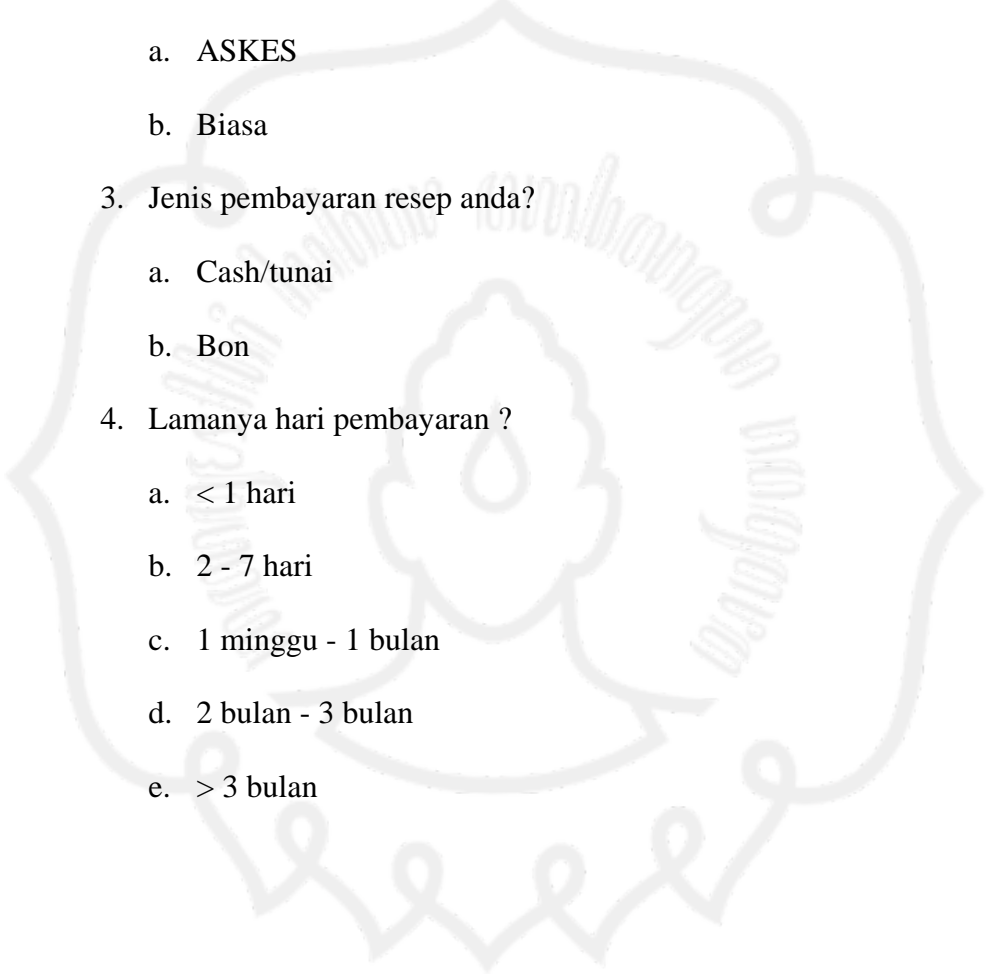
1. Bagaimana tentang kemungkinan melakukan hubungan komunikasi yang baik di apotek ini ?
 - a. Sangat mungkin
 - b. Mungkin
 - c. Sedang
 - d. Kurang mungkin
 - e. Tidak mungkin
2. Bagaimana tentang perhatian pribadi yang diberikan oleh pegawai di apotek ini terhadap konsumennya ?
 - a. Sangat perhatian
 - b. Perhatian
 - c. Sedang
 - d. Kurang perhatian
 - e. Tidak perhatian
3. Bagaimana tentang daya pemahaman akan kebutuhan konsumen yang diberikan oleh pegawai di apotek ini ?
 - a. Sangat besar
 - b. Besar
 - c. Sedang
 - d. Kurang besar
 - e. Tidak besar

III. Kedatangan Konsumen

1. Berapa kali dalam 1 bulan anda datang ke apotek ini ?
 - a. 1 - 2 kali
 - b. 3 - 4 kali
 - c. 5 - 6 kali
 - d. 7 - 8 kali
 - e. > 8 kali
2. Bagaimanakah jenis kedatangan anda ?
 - a. Teratur
 - b. Acak
3. Rata-rata lamanya waktu menunggu untuk dilayani :
 - a. Sangat cepat
 - b. Cepat
 - c. sedang
 - d. Lama
 - e. Sangat lama
4. Jenis prinsip kedatangan anda :
 - a. FIFO = First In First Out
 - b. LIFO = Last In First Out
 - c. Lainnya

IV. Faktor Nilai Resep

1. Berapa rata-rata harga resep yang harus anda tebus dalam 1x pembayaran?
 - a. < Rp 5.000,00

- b. Rp 5.000,00 - Rp 10.000,00
 - c. Rp 10.500,00 - Rp 15.000,00
 - d. Rp 15.500,00 - Rp 20.000,00
 - e. > Rp 20.000,00
2. Jenis resep yang anda tebus?
 - a. ASKES
 - b. Biasa
 3. Jenis pembayaran resep anda?
 - a. Cash/tunai
 - b. Bon
 4. Lamanya hari pembayaran ?
 - a. < 1 hari
 - b. 2 - 7 hari
 - c. 1 minggu - 1 bulan
 - d. 2 bulan - 3 bulan
 - e. > 3 bulan
- 

Lampiran II

Tabulasi Data Penelitian

| NO | I. Karakteristik Konsumen | | | | | | | | | NO | A. Reliability (X ₁) | | | | |
|----|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|----------------------------------|---|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Jml | | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml |
| 1 | 4 | 0 | 3 | 0 | 3 | 5 | 4 | 4 | 23 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 5 | 24 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 26 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 26 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 13 |
| 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 2 | 30 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 14 |
| 6 | 4 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 0 | 17 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 7 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 25 | 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 8 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 26 | 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 9 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 0 | 24 | 9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 10 | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 3 | 5 | 0 | 25 | 10 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 11 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4 | 2 | 5 | 0 | 26 | 11 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 12 | 4 | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 0 | 26 | 12 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| 13 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 0 | 31 | 13 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| 14 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 0 | 37 | 14 | 3 | 3 | 3 | 4 | 13 |
| 15 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 1 | 31 | 15 | 4 | 3 | 3 | 4 | 14 |
| 16 | 5 | 1 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 28 | 16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 17 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 2 | 32 | 17 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 18 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 4 | 1 | 23 | 18 | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 |
| 19 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 0 | 33 | 19 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 20 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 2 | 33 | 20 | 4 | 3 | 4 | 3 | 14 |
| 21 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | 29 | 21 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 22 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 | 25 | 22 | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| 23 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 26 | 23 | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 |
| 24 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 31 | 24 | 4 | 4 | 4 | 3 | 19 |
| 25 | 5 | 1 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 29 | 25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 26 | 5 | 4 | 2 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 29 | 26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |

| NO | I. Karakteristik Konsumen | | | | | | | | | NO | A. Reliability (X_1) | | | | |
|----|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|--------------------------|---|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Jml | | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml |
| 27 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 27 | 27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 28 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 34 | 28 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 29 | 5 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 31 | 29 | 4 | 3 | 4 | 3 | 14 |
| 30 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 27 | 30 | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 |
| 31 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 5 | 5 | 0 | 24 | 31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 32 | 5 | 2 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 28 | 32 | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| 33 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 33 | 33 | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 |
| 34 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 35 | 34 | 4 | 4 | 5 | 2 | 15 |
| 35 | 5 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 5 | 0 | 28 | 25 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 36 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 29 | 36 | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 |
| 37 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 | 5 | 0 | 25 | 37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 38 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 5 | 0 | 27 | 38 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 39 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 31 | 39 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 40 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 33 | 40 | 5 | 5 | 5 | 4 | 29 |

| NO | B. Tangible (X ₂) | | | | | NO | C. Responsiveness (X ₃) | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|-----|----|-------------------------------------|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml | | 1 | 2 | Jml |
| 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 1 | 5 | 4 | 9 |
| 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 12 | 2 | 2 | 4 | 6 |
| 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 14 | 3 | 4 | 3 | 7 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 4 | 2 | 4 | 6 |
| 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 | 5 | 5 | 3 | 8 |
| 6 | 2 | 2 | 4 | 3 | 11 | 6 | 2 | 3 | 5 |
| 7 | 3 | 3 | 4 | 2 | 12 | 7 | 4 | 4 | 8 |
| 8 | 2 | 2 | 4 | 4 | 12 | 8 | 4 | 3 | 7 |
| 9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 9 | 4 | 3 | 7 |
| 10 | 3 | 3 | 4 | 2 | 12 | 10 | 2 | 4 | 6 |
| 11 | 2 | 2 | 5 | 2 | 11 | 11 | 5 | 5 | 10 |
| 12 | 2 | 2 | 4 | 3 | 11 | 12 | 2 | 3 | 5 |
| 13 | 2 | 2 | 3 | 2 | 9 | 13 | 2 | 4 | 6 |
| 14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 14 | 4 | 3 | 7 |
| 15 | 2 | 3 | 3 | 3 | 11 | 15 | 2 | 3 | 5 |
| 16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 16 | 4 | 4 | 8 |
| 17 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 17 | 2 | 3 | 5 |
| 18 | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 | 18 | 4 | 3 | 7 |
| 19 | 3 | 3 | 3 | 4 | 16 | 19 | 2 | 3 | 5 |
| 20 | 3 | 3 | 4 | 4 | 14 | 20 | 2 | 3 | 5 |
| 21 | 2 | 4 | 3 | 3 | 10 | 21 | 4 | 3 | 7 |
| 22 | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 | 22 | 4 | 4 | 8 |
| 23 | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | 23 | 2 | 3 | 5 |
| 24 | 3 | 2 | 4 | 4 | 13 | 24 | 4 | 3 | 7 |
| 25 | 2 | 2 | 3 | 4 | 11 | 25 | 2 | 3 | 5 |
| 26 | 3 | 3 | 5 | 2 | 13 | 26 | 2 | 4 | 6 |
| 27 | 4 | 0 | 1 | 4 | 9 | 27 | 3 | 4 | 7 |
| 28 | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 | 28 | 5 | 3 | 8 |
| 29 | 3 | 2 | 4 | 2 | 11 | 29 | 4 | 4 | 8 |

| NO | B. Tangible (X ₂) | | | | | NO | C. Responsiveness (X ₃) | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|-----|----|-------------------------------------|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml | | 1 | 2 | Jml |
| 30 | 2 | 3 | 4 | 3 | 30 | 30 | 4 | 3 | 7 |
| 31 | 2 | 2 | 4 | 2 | 10 | 31 | 2 | 4 | 6 |
| 32 | 2 | 2 | 4 | 4 | 10 | 32 | 2 | 4 | 6 |
| 33 | 4 | 2 | 4 | 4 | 14 | 33 | 2 | 3 | 5 |
| 34 | 4 | 5 | 5 | 5 | 19 | 34 | 2 | 4 | 6 |
| 35 | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | 35 | 4 | 3 | 7 |
| 36 | 2 | 2 | 2 | 3 | 7 | 36 | 4 | 2 | 6 |
| 37 | 2 | 2 | 4 | 3 | 7 | 37 | 4 | 3 | 7 |
| 38 | 2 | 2 | 4 | 4 | 12 | 38 | 4 | 3 | 7 |
| 39 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 39 | 3 | 3 | 6 |
| 40 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 40 | 4 | 4 | 8 |

| NO | D. Assurance (X4) | | | | | | NO | E. Empathy (X5) | | | |
|----|-------------------|---|---|---|---|-----|----|-----------------|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Jml | | 1 | 2 | 3 | Jml |
| 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 16 | 1 | 4 | 3 | 2 | 9 |
| 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 18 | 2 | 2 | 4 | 3 | 9 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 3 | 4 | 4 | 2 | 10 |
| 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 18 | 4 | 5 | 4 | 5 | 14 |
| 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 22 | 5 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 6 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 6 | 6 | 4 | 4 | 11 |
| 7 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 20 | 7 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| 8 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 8 | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 9 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| 10 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 19 | 10 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| 11 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 25 | 11 | 5 | 5 | 5 | 15 |
| 12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 19 | 12 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 13 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 11 | 13 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 14 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 17 | 14 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 15 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 19 | 15 | 5 | 4 | 3 | 12 |
| 16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 21 | 16 | 5 | 4 | 4 | 13 |
| 17 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 19 | 17 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 18 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 20 | 18 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 19 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 19 | 19 | 3 | 3 | 4 | 10 |
| 20 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 16 | 20 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 21 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 22 | 21 | 5 | 5 | 3 | 13 |
| 22 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 20 | 22 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 23 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 19 | 23 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 19 | 24 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 25 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 18 | 25 | 5 | 4 | 4 | 13 |
| 26 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 23 | 26 | 5 | 5 | 4 | 14 |
| 27 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 17 | 27 | 3 | 4 | 5 | 15 |
| 28 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 20 | 28 | 5 | 1 | 3 | 9 |
| 29 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 20 | 29 | 4 | 4 | 4 | 12 |

| NO | D. Assurance (X4) | | | | | | NO | E. Empathy (X5) | | | |
|----|-------------------|---|---|---|---|-----|----|-----------------|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Jml | | 1 | 2 | 3 | Jml |
| 30 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 18 | 30 | 3 | 4 | 4 | 11 |
| 31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 21 | 31 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 21 | 32 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 33 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 19 | 33 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| 34 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 18 | 34 | 4 | 4 | 2 | 10 |
| 35 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 20 | 35 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| 36 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 17 | 36 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| 37 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 37 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| 38 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 18 | 38 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| 39 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 39 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 40 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 40 | 4 | 3 | 3 | 10 |

| NO | III. Kedatangan Konsumen (X6) | | | | | NO | IV. Faktor Nilai Resep (Y) | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|-----|----|----------------------------|---|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml | | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml |
| 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 | 1 | 0 | 5 | 4 | 1 | 10 |
| 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 18 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 13 |
| 3 | 4 | 5 | 2 | 5 | 16 | 3 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 4 | 4 | 5 | 2 | 5 | 16 | 4 | 1 | 4 | 5 | 3 | 13 |
| 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 16 | 5 | 3 | 5 | 4 | 2 | 14 |
| 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 6 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 7 | 5 | 5 | 2 | 5 | 17 | 7 | 1 | 5 | 5 | 5 | 16 |
| 8 | 4 | 4 | 4 | 5 | 17 | 8 | 1 | 4 | 4 | 3 | 12 |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 5 | 17 | 9 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 10 | 5 | 5 | 3 | 5 | 18 | 10 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 11 | 5 | 4 | 3 | 3 | 15 | 11 | 1 | 5 | 5 | 5 | 16 |
| 12 | 5 | 4 | 3 | 3 | 15 | 12 | 3 | 4 | 5 | 5 | 17 |
| 13 | 5 | 4 | 3 | 5 | 17 | 13 | 1 | 5 | 5 | 5 | 16 |
| 14 | 5 | 4 | 3 | 3 | 15 | 14 | 1 | 5 | 5 | 5 | 16 |
| 15 | 2 | 4 | 4 | 3 | 13 | 15 | 1 | 5 | 4 | 3 | 13 |
| 16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 16 | 1 | 5 | 4 | 3 | 13 |
| 17 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 17 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 18 | 2 | 4 | 3 | 4 | 13 | 18 | 2 | 5 | 4 | 3 | 14 |
| 19 | 2 | 5 | 4 | 5 | 16 | 19 | 3 | 5 | 5 | 4 | 17 |
| 20 | 1 | 4 | 3 | 3 | 11 | 20 | 2 | 5 | 4 | 2 | 13 |
| 21 | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 | 21 | 2 | 4 | 5 | 5 | 16 |
| 22 | 4 | 4 | 3 | 5 | 16 | 22 | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 |
| 23 | 4 | 4 | 3 | 5 | 16 | 23 | 1 | 4 | 4 | 4 | 13 |
| 24 | 4 | 5 | 3 | 5 | 17 | 24 | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 |
| 25 | 4 | 4 | 4 | 5 | 17 | 25 | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| 26 | 4 | 5 | 3 | 5 | 17 | 26 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 27 | 0 | 4 | 4 | 4 | 12 | 27 | 4 | 4 | 5 | 1 | 14 |
| 28 | 4 | 5 | 1 | 3 | 13 | 28 | 3 | 4 | 5 | 5 | 17 |
| 29 | 4 | 5 | 2 | 5 | 16 | 29 | 1 | 5 | 4 | 5 | 15 |

| NO | III. Kedatangan Konsumen (X6) | | | | | NO | IV. Faktor Nilai Resep (Y) | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|-----|----|----------------------------|---|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml | | 1 | 2 | 3 | 4 | Jml |
| 30 | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 | 30 | 2 | 4 | 4 | 3 | 13 |
| 31 | 4 | 5 | 3 | 5 | 17 | 31 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 32 | 4 | 5 | 3 | 5 | 17 | 32 | 1 | 4 | 4 | 4 | 13 |
| 33 | 4 | 5 | 3 | 5 | 17 | 33 | 1 | 5 | 4 | 4 | 14 |
| 34 | 3 | 5 | 2 | 5 | 15 | 34 | 2 | 4 | 5 | 4 | 15 |
| 35 | 5 | 4 | 3 | 5 | 17 | 35 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 36 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 36 | 4 | 4 | 5 | 4 | 17 |
| 37 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 37 | 1 | 5 | 5 | 5 | 16 |
| 38 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 38 | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 39 | 3 | 5 | 3 | 5 | 16 | 39 | 2 | 5 | 4 | 4 | 15 |
| 40 | 5 | 4 | 3 | 5 | 17 | 40 | 1 | 4 | 5 | 4 | 14 |

Lampiran III

CROSSTAB/CHI-SQUARE TESTS**Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Penanggapan****OBSERVED FREQUENCIES**

| NO | 1 | 2 | Total |
|--------------|----------|----------|--------------|
| 1 | 14 | 3 | 17 |
| 2 | 13 | 2 | 15 |
| 3 | 6 | 2 | 8 |
| Total | 33 | 7 | 40 |

Chi-Square = .492, D.F = 2, PROB. = .7818

CROSSTAB/CHI-SQUARE TEST**Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Jaminan****OBSERVED FREQUENCIES**

| NO | 1 | 2 | 3 | Total |
|--------------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 10 | 6 | 1 | 17 |
| 2 | 1 | 10 | 4 | 15 |
| 3 | 1 | 2 | 5 | 8 |
| Total | 12 | 18 | 10 | 40 |

Chi-Square = 17.881, D.F = 4, PROB. = 1.302E-03

CROSS/CHI-SQUARE TESTS**Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Perwujudan****OBSERVED FREQUENCIES**

| NO | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|--------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 1 | 14 | 1 | 1 | 17 |
| 2 | 3 | 2 | 7 | 3 | 15 |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Total | 7 | 18 | 10 | 5 | 40 |

Chi-Square = 19.090, D.F = 6, PROB. = 4.-14E-03

CROSS/CHI-SQUARE TESTS**Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Dapat Dipercaya**

| NO | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|--------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 12 | 1 | 2 | 17 |
| 2 | 3 | 2 | 7 | 3 | 15 |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Total | 8 | 16 | 10 | 6 | 40 |

Chi-Square = 14.599, D.F = 6, PROB. = .0236

CROSS/CHI-SQUARE TESTS**Kedatangan Konsumen Dengan Mutu Pelayanan Simpati**

| NO | 1 | 2 | 3 | Total |
|--------------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 11 | 5 | 1 | 17 |
| 2 | 6 | 7 | 2 | 15 |
| 3 | 4 | 1 | 3 | 8 |
| Total | 21 | 13 | 6 | 40 |

Chi-Square = 6.569, D.F = 4, PROB. = .1605

CROSS/CHI-SQUARE TESTS**Kedatangan Konsumen Dengan Pendapatan**

| NO | 1 | 2 | 3 | Total |
|--------------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 10 | 3 | 2 | 15 |
| 2 | 6 | 10 | 2 | 18 |
| 3 | 1 | 2 | 4 | 7 |
| Total | 17 | 15 | 8 | 40 |

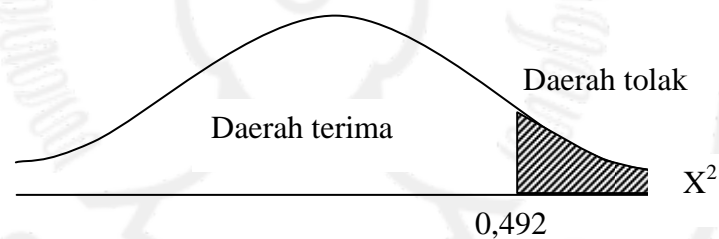
Chi-Square = 12.540, D.F = 4, PROB. = .0138

Lampiran IV

KUMPULAN GRAFIK ANALISIS CHI-SQUARE

1. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Penanggapan :

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan mutu penanggapan
- H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan mutu penanggapan.
- Kriteria Pengujian
 H_0 diterima bila $x^2 \leq 0,492$
 H_1 ditolak bila $x^2 > 0,492$
- Dipilih level of significance 0,05

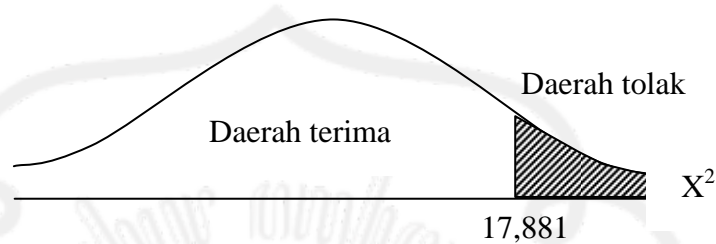


Gambar 4.1

2. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Jaminan :

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan mutu jaminan.
- H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan mutu jaminan.

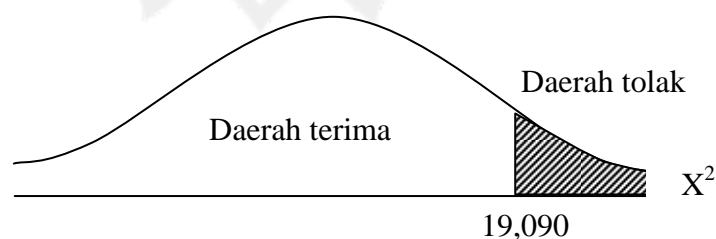
- Kriteria Pengujian
 H_0 diterima bila $\chi^2 \leq 17,881$
 H_1 ditolak bila $\chi^2 > 17,881$
- Dipilih level of significance 0,05



Gambar 4.2

3. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Perwujudan :

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan mutu perwujudan.
 H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan mutu perwujudan.
- Kriteria Pengujian
 H_0 diterima bila $\chi^2 \leq 19,090$
 H_1 ditolak bila $\chi^2 > 19,090$
- Dipilih level of significance 0,05



Gambar 4.3

4. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Dapat Dipercaya :

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan dapat dipercaya.

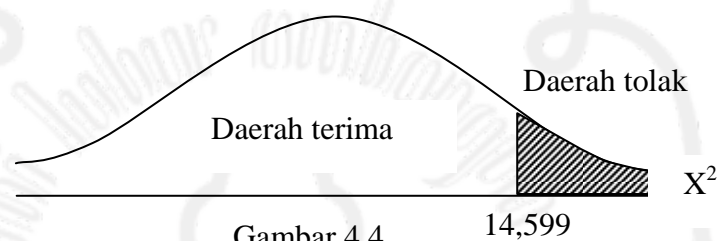
H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan dapat dipercaya.

- Kriteria Pengujian

H_0 diterima bila $x^2 \leq 14,599$

H_1 ditolak bila $x^2 > 14,599$

- Dipilih level of significance 0,05



5. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Mutu Simpati.

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan mutu simpati.

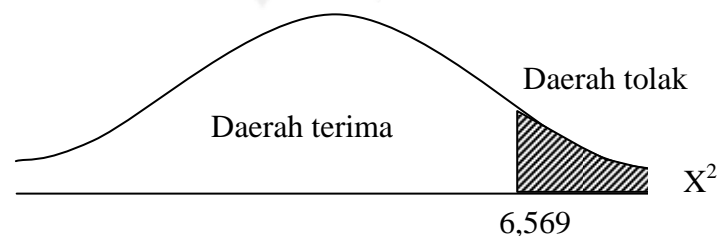
H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan mutu simpati.

- Kriteria Pengujian

H_0 diterima bila $x^2 \leq 6,569$

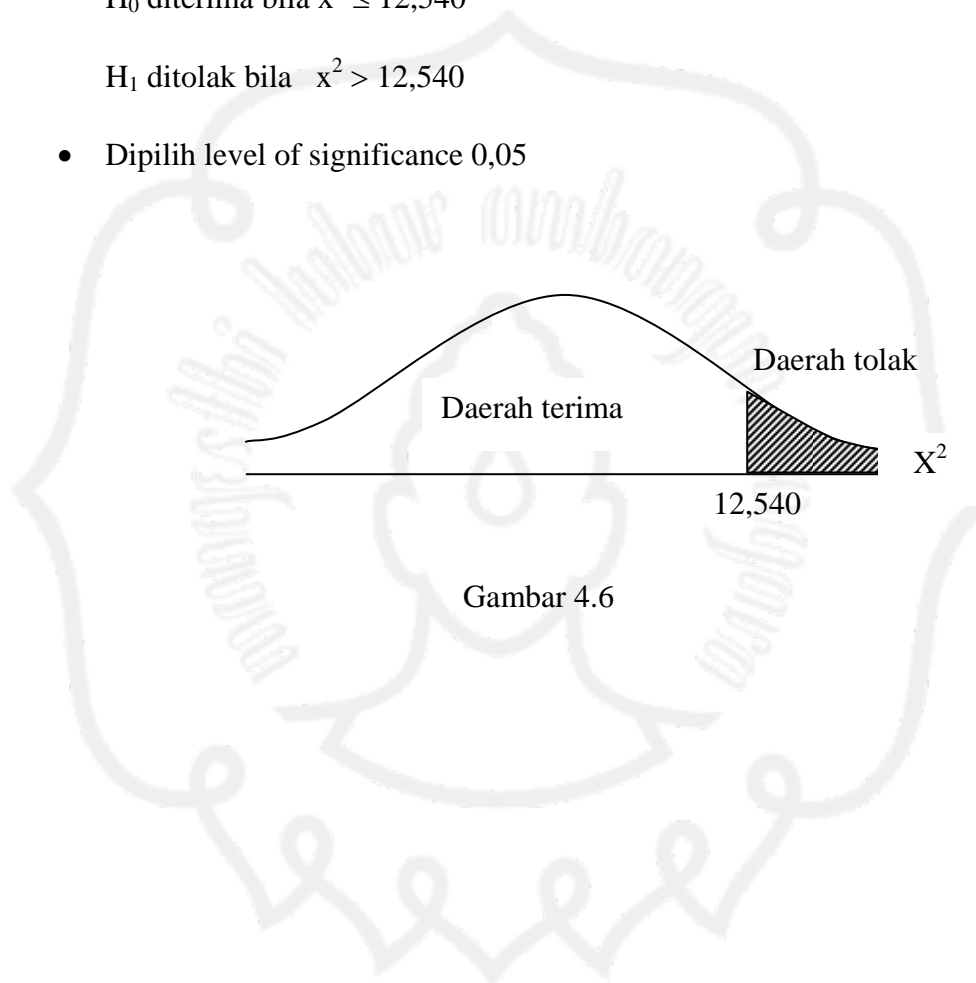
H_1 ditolak bila $x^2 > 6,569$

- Dipilih level of significance 0,05



6. Pengaruh Kedatangan Konsumen Terhadap Pendapatan.

- H_0 = Kedatangan konsumen independen dengan pendapatan.
 H_1 = Kedatangan konsumen dependen dengan mutu pendapatan.
- Kriteria Pengujian
 H_0 diterima bila $x^2 \leq 12,540$
 H_1 ditolak bila $x^2 > 12,540$
- Dipilih level of significance 0,05



Gambar 4.6