



**UNIVERSITAS INDONESIA**



**ANALISIS PENGARUH KUALITAS PELAYANAN DAN  
*PERCEIVED VALUE* TERHADAP KEPUASAN PELANGGAN  
DAN DAMPAKNYA TERHADAP MINAT BERPERILAKU**

**STUDI KASUS :  
UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT SWASTA  
DI JAKARTA**

**SKRIPSI**

**SHANTIANA RUMIRIS P  
0906610864**

**FAKULTAS EKONOMI  
PROGRAM EKSTENSI MANAJEMEN  
KEKHUSUSAN BISNIS  
DEPOK  
Juli 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PENGARUH KUALITAS PELAYANAN DAN  
*PERCEIVED VALUE* TERHADAP KEPUASAN PELANGGAN  
DAN DAMPAKNYA TERHADAP MINAT BERPERILAKU**

**STUDI KASUS :  
UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT SWASTA  
DI JAKARTA**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Ekonomi**

**SHANTIANA RUMIRIS P**

**0906610864**

**FAKULTAS EKONOMI  
PROGRAM EKSTENSI MANAJEMEN  
KEKHUSUSAN BISNIS  
DEPOK  
Juli 2012**



**UNIVERSITY OF INDONESIA**

**ANALYSIS THE INFLUENCE OF PERCEIVED SERVICE  
QUALITY AND PERCEIVED VALUE TOWARD  
CUSTOMER SATISFACTION AND ITS IMPACT ON  
BEHAVIORAL INTENTION  
STUDY CASE :  
OUTPATIENT UNIT IN PRIVATE HOSPITALS IN JAKARTA**

**THESIS**

**Submitted as a fulfillment of the requirement for  
the Bachelor of Economics degree**

**SHANTIANA RUMIRIS P**

**0906610864**

**FACULTY OF ECONOMICS  
MANAGEMENT EXTENSION PROGRAM  
MAJOR IN BUSSINESS  
DEPOK  
Juli 2012**

iii

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Shantiana Rumiris P**

**NPM : 0906610864**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 4 Juli 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Shantiana Rumiris P  
NPM : 0906610864  
Program Studi : Ekstensi Manajemen  
Kekhususan : Bisnis  
Judul Skripsi :

Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan *Perceived Value* terhadap Kepuasan Pelanggan dan dampaknya terhadap Minat Berperilaku

Studi Kasus : Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Swasta di Jakarta.

*(Analysis the Influence of Perceived Service Quality and Perceived Value toward Customer Satisfaction and Its Impact on Behavioral Intention.*

*Study Case : Outpatient Unit in Private Hospitals in Jakarta.)*

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi pada Program Studi S1 Ekstensi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Ketua : Putri Mega Desiana, SE., MM (.....)

Pembimbing : Karto Adiwijaya, SE., MM (.....)

Anggota : Anna Amalyah Agus, SE., MBA (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 4 Juli 2012

KPS Ekstensi Manajemen

IMO GANDAKUSUMA, MBA.

NIP : 196010031991031001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya naikkan kepada Tuhan Yesus Kristus, karena berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Ekonomi. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Firmanzah, Phd selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia dan bapak Imo Gandakusuma, MBA selaku Kepala Program Studi Ekstensi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
2. Bapak Karto Adiwijaya, S.E. MM, selaku dosen pembimbing yang dengan sabar telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Putri Mega Desiana, SE., MM dan Ibu Anna Amalyah Agus., SE., MBA selaku dosen penguji yang berkenan memberikan saran menyeluruh pada penulisan skripsi ini.
4. Mamah, Bapak, ibu mertua, dan keluarga besar tercinta penulis yang senantiasa memberikan kasih sayang, dukungan, dan doa untuk penulis.
5. Benhard Sirait, suami tercinta, yang walaupun jauh namun selalu memberikan kasih sayang, dukungan, doa dan susah payah menjadi “jam weker” untuk memastikan saya bangun tengah malam untuk mengerjakan skripsi, *luv u*.
6. Ade Irmayani Siregar dan Risnariawati Sinaga, yang selalu tanpa henti memberikan semangat kepada saya untuk menyelesaikan skripsi saya.

7. Miss Rie dan mama rian, teman-teman di RS MMC Kuningan, teman-teman distributor, teman-teman di BPK RI yang telah mengisi dan membantu menyebarkan kuesioner.
8. Yanuar Heikal, untuk bantuannya dalam mengisi kuesioner dan menyebarkan ke teman-teman kantor, *makasih banget ya yan* ☺
9. Nunik Puji Astutik untuk setiap masukannya baik yang berkenaan dengan skripsi maupun hal lain yang berguna bagi penulis, *thanks mba nun*.
10. Mba Sri Suratmini dan suami, Nenny, yang telah menularkan ilmu LISREL nya dan membantu *running data*, dan Corry yang menololong di saat-saat kritis, *thanks a lot corr*.
11. Hilma Nur'aini, untuk berbagi informasi mengenai skripsi kita, dan berbagi "panik". *Ternyata panik bisa nular ya hil* ☺
12. Filona Oscar dan Rafika Adriana yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan semangat kepada penulis ketika siding, *makasih ya lona, fika*.
13. Buat semua yang sudah mengisi responden *makasih ya!!*

Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 4 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: : Shantiana Rumiris P  
NPM : 0906610864  
Program Studi : Ekstensi Manajemen  
Fakultas : Ekonomi  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan *Perceived Value* terhadap Kepuasan Pelanggan dan dampaknya terhadap Minat Berperilaku  
(Studi Kasus : Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Swasta di Jakarta)

*Analysis the Influence of Perceived Service Quality and Perceived Value toward Customer Satisfaction and Its Impact on Behavioral Intention*  
(Study Case : Outpatient Unit in Private Hospital in Jakarta)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 4 Juli 2012

Yang menyatakan



(Shantiana Rumiris P)

## ABSTRAK

Nama : Shantiana Rumiris P..  
Program Studi : Ekstensi Manajemen  
Judul : Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan *Perceived Value* terhadap Kepuasan Pelanggan dan dampaknya terhadap Minat Berperilaku (Studi Kasus : Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Swasta di Jakarta).

Tujuan dari studi ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh kualitas pelayanan dan nilai yang dirasakan terhadap kepuasan pasien dan dampaknya terhadap minat berperilaku pasien. Di dalam penelitian ini, penulis menyebarkan kuesioner kepada 155 orang responden yang pernah menjadi pasien rawat jalan di rumah sakit swasta di Jakarta. Untuk menganalisis data menggunakan metode *Structural Equation Model* dengan bantuan *software LISREL 8.51*. Hasil penelitian mengindikasikan bahwa kualitas pelayanan dan nilai yang dirasakan mempengaruhi kepuasan pasien yang dapat menggerakkan *behavioral intention*. Hasil lain dari penelitian ini adalah bahwa baik kualitas pelayanan dan nilai yang dirasakan pelanggan tidak berpengaruh secara langsung terhadap *behavioral intention*.

## ABSTRACT

Name : Shantiana Rumiris P..  
Program : Management - Extension  
Title : *Analysis the Influence of Perceived Service Quality and Perceived Value toward Customer Satisfaction and Its Impact on Behavioral Intention.A Case Study of Private Hospitals in Jakarta.*

*The objective of this study is to examine the influence off perceived service quality and perceived value toward patient satisfaction and its impact on behavioral intention.. In conducting the survey, the author distributed the questionnaire to 155 respodents who has been gone to private hospitals in Jakarta. This research use Structural Equation Modeling (SEM) as an analytical tool by LISREL 8.51. Findings indicate that both perceived service quality and perceived value have influence satisfaction that drives behavioral intention. Interestingly, both perceived service quality and perceived value have no direct impact on behavioral intention while value assessment was influenced by perceived service quality.*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	viii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR GRAFIK .....	xvii
DAFTAR RUMUS .....	xviii
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang Penelitian .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	7
1.3. Tujuan Penelitian .....	7
1.4. Manfaat Penelitian .....	8
1.5. Ruang Lingkup Penelitian .....	8
1.5.1. Unit Analisis dan Objek Penelitian .....	8
1.5.2. Periode Penelitian .....	8
1.5.3. Batasan Penelitian .....	9
1.6. Metodologi Penelitian .....	9
1.6.1. Desain Penelitian .....	9
1.6.2. Populasi dan Sampel .....	9
1.6.3. Jenis dan Metode Pengumpulan Data .....	10
1.6.4. Teknik Analisis .....	10
1.7. Sistematika Penulisan Skripsi .....	12

<b>2. TINJAUAN LITERATUR .....</b>	<b>13</b>
2.1. Rumah Sakit .....	13
2.2. Instalasi Rawat Jalan .....	13
2.3. Jasa.....	14
2.4. Kualitas Pelayanan .....	16
2.5. <i>SERVICE QUALITY</i> .....	18
2.6. Nilai yang dirasakan ( <i>Perceived Value</i> ) .....	23
2.7. Kepuasan Pelanggan ( <i>Customer Satisfaction</i> ) .....	25
2.7.1. Pengukuran Customer Satisfaction .....	26
2.8. <i>Behavioral Intention</i> .....	28
2.8.1. Dimensi Minat Berperilaku .....	28
2.8.2. <i>Theory of Reasoned Action</i> .....	29
2.8.3. <i>Theory of Planned Behavior</i> .....	30
2.9. Pengaruh Kualitas Pelayanan dan <i>Perceived Value</i> terhadap Kepuasan pelanggan dan Dampaknya terhadap Minat Berperilaku .....	32
<b>3. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>35</b>
3.1. Desain Penelitian .....	35
3.2. Model dan Hipotesis Penelitian .....	35
3.2.1. Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pelanggan .....	36
3.2.2. Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap <i>Behavioral</i> <i>Intention</i> .....	37
3.2.3. Pengaruh Kepuasan Pelanggan terhadap <i>Behavioral</i> <i>Intention</i> .....	37
3.2.4. Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap <i>Perceived Value</i> .....	38
3.2.5. Pengaruh <i>Perceived Value</i> terhadap Kepuasan Pelanggan .....	38
3.2.6. Pengaruh <i>Perceived Value</i> terhadap <i>Behavioral Intention</i> .....	39

3.3. Operasionalisasi Variabel penelitian .....	39
3.4. Metode Pengumpulan Data dan Penggunaan Skala .....	45
3.5. Metode Penarikan Sampel dan Penentuan Jumlah Responden .....	46
3.6. Pretesting Kuesioner .....	48
3.7. Metode Pengolahan Data .....	48
3.7.1. Distribusi Frekuensi .....	48
3.7.2. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	48
3.7.3. Metode <i>Structural Equation Model</i> (SEM) .....	49
3.7.4. Analisis Model Pengukuran .....	50
3.7.5. Teknik Analisis data .....	50
<b>4. ANALISIS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>55</b>
4.1. Pelaksanaan <i>Pretest</i> .....	56
4.2. Profil Responden.....	57
4.2.1. Rumah Sakit Swasta yang digunakan Responden .....	57
4.2.2. Jenis Kelamin Responden .....	58
4.2.3. Usia Responden .....	58
4.2.4. Pekerjaan Responden .....	59
4.2.5. Pendidikan Responden .....	60
4.2.6. Pengeluaran Responden .....	60
4.2.7. Analisis Deskriptif Variabel Laten .....	61
4.3. Pengujian Model ( <i>Confirmatory Factor Analysis</i> ) .....	65
4.3.1. Analisis Model pengukuran .....	66
4.3.2. Uji Kecocokan Keseluruhan Model.....	68
4.3.3. Analisis Validitas dan Reliabilitas Model pengukuran.....	71
4.3.3.1. Validitas dan Reliabilitas Variabel <i>Service Quality</i> .....	72
4.3.3.2. Validitas dan Reliabilitas Variabel <i>Value</i> .....	73
4.3.3.3. Validitas dan Reliabilitas Variabel <i>Satisfaction</i> .....	73

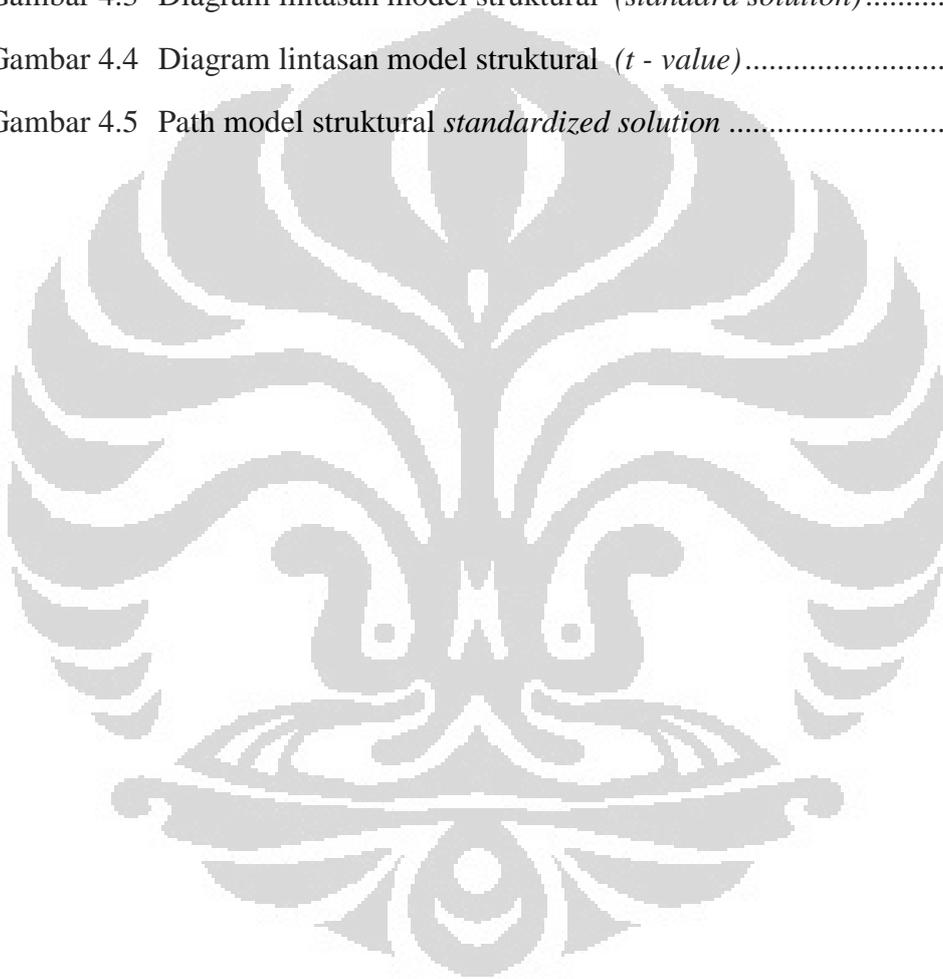
4.3.3.4. Validitas dan Reliabilitas Variabel <i>Behavioral Intention</i> .....	74
4.4. Model Struktural .....	75
4.5. Analisis Hasil Uji Hipotesis Penelitian.....	80
<b>5. PENUTUP .....</b>	<b>86</b>
5.1. Kesimpulan .....	86
5.2. Saran .....	89
5.2.1. Saran untuk organisasi .....	89
5.2.2. Keterbatasan Penelitian.....	91
5.2.3. Saran untuk Penelitian selanjutnya .....	92
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xxi</b>
Lampiran 1. Kuesioner .....	xxii
Lampiran 2. Hasil Output SPSS .....	xxviii
Lampiran 3. Hasil Output LISREL .....	xlvi

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Persentase Jumlah Pasien Asing yang berobat ke Singapura .....	3
Tabel 3.1	Operasionalisasi Variabel Penelitian .....	41
Tabel 4.1	Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas <i>Pretest</i> .....	56
Tabel 4.2	Profil Responden Berdasarkan Jasa Rumah Sakit Swasta .....	57
Tabel 4.3	Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	58
Tabel 4.4	Profil Responden Berdasarkan Usia .....	59
Tabel 4.5	Profil Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	59
Tabel 4.6	Profil Responden Berdasarkan Pendidikan.....	60
Tabel 4.7	Hasi Profil Responden Berdasarkan Pengeluaran .....	60
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Variabel <i>Service Quality</i> .....	62
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Variabel <i>Perceived Value</i> .....	63
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Variabel <i>Satisfaction</i> .....	63
Tabel 4.11	Distribusi Frekuensi Variabel <i>Behavioral Intention</i> .....	64
Tabel 4.12	Uji Kecocokan Keseluruhan Model ( <i>Goodness of Fit</i> ) .....	70
Tabel 4.13	Validitas dan Reliabilitas <i>Perceived Service Quality</i> .....	72
Tabel 4.14	Validitas dan Reliabilitas <i>Value</i> .....	73
Tabel 4.15	Validitas dan Reliabilitas <i>Satisfaction</i> .....	74
Tabel 4.16	Validitas dan Reliabilitas <i>Behavioral Intention</i> .....	74
Tabel 4.17	Uji Hipotesis Penelitian .....	77

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Model Penelitian.....	36
Gambar 4.1 Diagram lintasan model pengukuran awal ( <i>St Solution</i> ) .....	66
Gambar 4.2 Diagram lintasan model pengukuran akhir.....	67
Gambar 4.3 Diagram lintasan model struktural ( <i>standard solution</i> ).....	76
Gambar 4.4 Diagram lintasan model struktural ( <i>t - value</i> ).....	76
Gambar 4.5 Path model struktural <i>standardized solution</i> .....	77



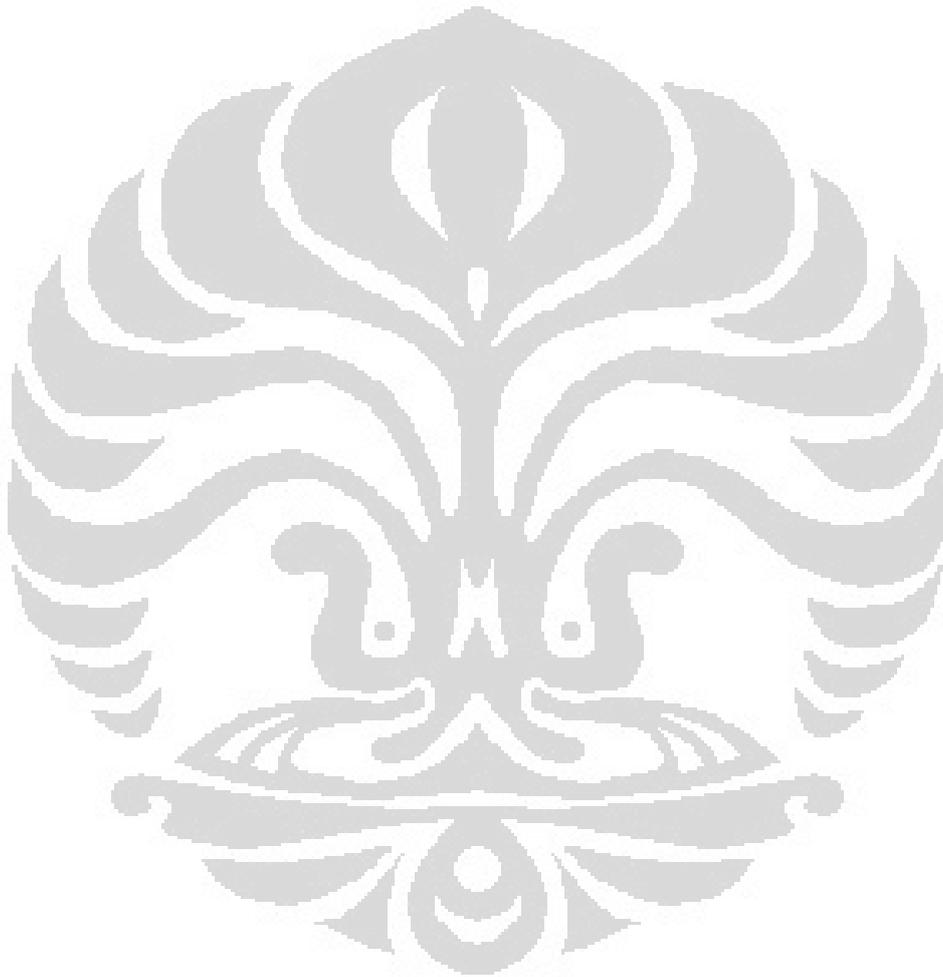
## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	Jumlah RSUD Swasta dan Pemerintah tahun 2004-2008.....	5
------------	--	---



## DAFTAR RUMUS

Rumus 4.1 <i>Construct Reliability</i> ).....	71
Rumus 4.2 <i>Variance Extacte</i> .....	71



# **BAB 1 PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang Penelitian**

Pelayanan kesehatan adalah sebuah industri yang memberikan pelayanan jasa dan merupakan suatu upaya penyembuhan. Di zaman dulu, rumah sakit adalah institusi yang mempunyai misi menolong orang sakit tanpa pamrih apa-apa. Hal ini berlangsung sampai masa kolonial Belanda, ketika dokter dan pegawai rumah sakit digaji dalam jumlah yang cukup besar. Entah mulai kapan perubahan terjadi, sehingga penyelenggaraan layanan rumah sakit mulai berhitung secara bisnis. Mungkin bermula ketika dokter diperbolehkan berpraktik sendiri di luar jam kerja resmi. Dokter mulai merasakan kenikmatan dari praktik pribadi karena mendapat tambahan penghasilan di luar gaji mereka. (Muhammad, 2010). Bisnis rumah sakit di Indonesia belakangan ini tumbuh dengan pesat. Banyaknya jumlah rumah sakit yang berdiri membuat persaingan semakin ketat antar rumah sakit. Dalam suasana globalisasi, AFTA, dan sebagainya seperti sekarang ini, persaingan tidak lagi terjadi sesama dokter atau rumah sakit lokal tetapi juga dengan dokter atau rumah sakit dari negara lain.

Arus globalisasi dan kemajuan teknologi informasi berdampak pada meningkatnya pengetahuan pasien mengenai kesehatan sehingga kesadaran dan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang baik semakin besar (Pan, 2011). Masyarakat bebas memilih pelayanan yang terbaik bagi mereka. Ditambah dengan semakin mudahnya biaya transportasi membuat pasien dengan mudah mencari informasi, mempelajari dan berkonsultasi dengan tenaga medis di luar negeri, membandingkan paket-paket yang ditawarkan dan membuat perjanjian. Perjalanan ke luar negeri untuk mendapat pelayanan dan perawatan medis dikenal dengan istilah Medical Tourism (MT). Adapun tempat tujuan Medical Tourism (MT) Indonesia adalah Singapura dan Malaysia. China pun menjadi alternatif tujuan MT Indonesia karena murah dan dipersepsikan bermutu. (Sakaria, 2011). Harga paket-paket kesehatan yang ditawarkan Singapura dan Malaysia pun bervariasi namun lebih murah bila dibandingkan dengan biaya tindakan medis di rumah sakit Indonesia. Sebagai contoh proses bayi tabung di Indonesia lebih mahal bila dibandingkan dengan negara lain seperti Jepang, Malaysia, Vietnam

dan Thailand. Sebagai perbandingan, biaya untuk program bayi tabung di Indonesia berkisar antara 60-70 juta untuk satu siklus dan tidak ada jaminan keberhasilan sementara di Malaysia diperkirakan 1000 ringgit malaysia (sekitar 30 juta rupiah). Mahalnya biaya tabung di Indonesia disebabkan pajak obat-obatan yang digunakan dalam proses bayi tabung masuk dalam kategori barang mewah. Perbandingan harga yang mencolok juga terjadi pada tarif operasi di Indonesia. Tarif operasi jantung *by pass* yang ditawarkan Thailand berkisar 11.000 dolar amerika (sekitar 108 juta rupiah), sementara di Indonesia mencapai 140 juta rupiah (Kus Anna, 2012). Mahalnya biaya operasi di Indonesia disebabkan beberapa faktor, salah satunya adalah teknologi yang canggih. Teknologi yang canggih membuat waktu operasi menjadi lebih pendek. Alat kesehatan sekarang juga makin maju. Kalau dulu, setelah operasi harus dibuka jaritan, atau ada benangnya. Sekarang banyak operasi tanpa buka jahitan. Berbagai jenis alat kesehatan mampu memberikan kenyamanan pascaoperasi. Mahalnya alat CT-scan kepala di rumah sakit, menyebabkan tarif mahal yang harus dibayar oleh pasien. Seluruh peralatan canggih yang digunakan di rumah sakit membuat pasien di Indonesia harus membayar mahal karena pajak yang dikenakan atas alat kesehatan yang digunakan di rumah sakit saat ini merupakan pajak barang mewah. Mahalnya biaya operasi juga disebabkan karena obat-obatan yang digunakan terdiri dari berbagai jenis. Obat-obatan ini pajaknya mahal karena kena pajak berkali-kali, mulai dari pabriknya, penjualan ke distributor, pajak penjualan di apotek. Tentu saja mengakibatkan harga obat menjadi mahal. Rumah sakit swasta juga dikenakan pajak tinggi. Pajak yang harus dibayar rumah sakit adalah PPh pasal 21 untuk dokter dan personil, PPN untuk obat, PPh pasal 23 atas sewa ruangan pada pihak ke tiga (pasien), pajak reklame, pajak makanan dan minuman serta pajak parkir. Kecuali PPh 21, semuanya dibebankan pada pasien di dalam tarif yang dilahirkan oleh sistem penunjang. Kalau dulu, biaya utilisasi rumah sakit seperti air, listrik, dan telepon, dianggap tarif sosial. Sekarang pengeluaran yang paling banyak di rumah sakit tersebut dikenakan tarif bisnis sehingga biayanya tinggi. Untuk menekan mahalnya biaya operasi dan biaya rumah sakit, perlu kebijakan pemerintah menurunkan pajak barang-barang yang masuk ke rumah sakit. Begitu juga tarif untuk kebutuhan vital RS seperti air, listrik, dan

telepon. Malaysia mampu menekan biaya tindakan, dengan memberlakukan bebas visa untuk pasien selama 60 hari. Bagi yang mengantar pasien bebas visa 30 hari. Rumah sakit dibantu beban pajaknya. Tarif utilisasi rumah sakit diringankan sehingga biaya yang dikenakan ke pasien lebih rendah. Rumah sakit kemudian menjadi tempat yang menyenangkan, yang mempercepat kesembuhan pasien, dan bukan tempat yang menakutkan atau menyebalkan. Tidak heran, kalau pemerintah Malaysia dan Singapura misalnya, lantas juga berani menawarkan rumah sakit mereka sebagai tujuan wisata [*travel medicine*]. Mereka melakukan promosi, memberikan keringanan pajak bagi rumah sakit atau untuk peralatan kesehatan yang dibeli, dan sebagainya. (Molin, 2012). Selain karena biaya tindakan medis di luar negeri lebih murah bila dibandingkan di Indonesia, alasan lain banyak pasien Indonesia berobat ke luar negeri adalah karena kesenjangan kompetensi dokter, kecanggihan peralatan medis serta mutu pelayanan rumah sakit (Sakaria, 2011). Menurut data yang dimiliki oleh Ikatan Dokter Indonesia, hampir 70% (dua pertiga dari total pasien) orang Indonesia yang mampu secara finansial cenderung memilih berobat ke luar negeri.

**Tabel 1.1 Persentase Jumlah Pasien Asing yang Berobat ke Singapura**

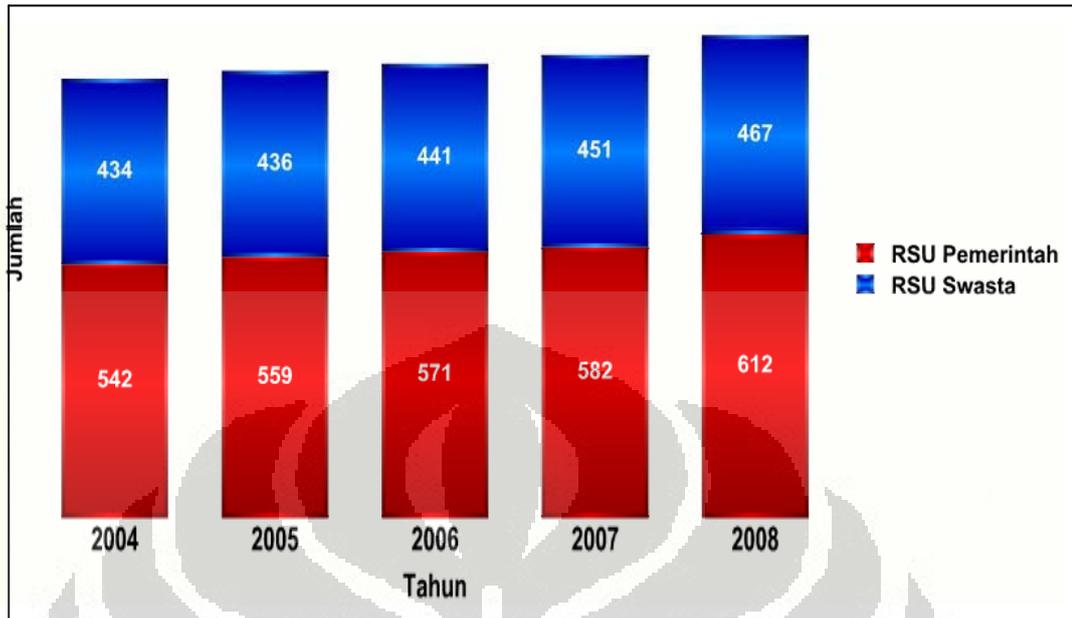
<b>Nationality</b>	<b>MOH inpatient data</b>	<b>STB Survey</b>
<b>Indonesia</b>	45.0%	74.0%
<b>Malaysia</b>	23.7%	10.0%
<b>US/Canada</b>	4.1%	NA
<b>India/Pakistan/Sri Lanka</b>	3.2%	NA
<b>Brunei</b>	1.7%	NA
<b>Other Nationalities</b>	22.3%	16.0%

Sumber : MOH inpatient admissions (rata-rata dari tahun 1996-2000) dan survei STB (tahun 2000)

Dari tabel 1.1 di atas dapat dilihat bahwa 45% pasien asing yang berobat ke Singapura adalah warga negara Indonesia, diikuti oleh Malaysia di peringkat ke dua sebesar 23,7%. Namun kemudian Malaysia berhasil memperbaiki kualitas pelayanan kesehatannya dan industri wisata medis (Medical Tourism) di negara ini pun mulai mengalami peningkatan di Tahun 2003. Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh APHM (Association of Private Hospital of Malaysia), di tahun 2003, pasien asing yang berobat ke Malaysia hanya berjumlah 102.946 orang. Namun di tahun 2007 jumlahnya meningkat menjadi 341.288 orang dan ironisnya lagi 72% pasiennya berasal dari Indonesia ([www.health.tourism.com/malaysia-medical-tourism](http://www.health.tourism.com/malaysia-medical-tourism), 16 Maret 2012). Secara klinis, keterampilan dokter Indonesia tidak kalah bila dibandingkan dengan dokter di luar negeri. Faktor keramahan layanan, pencitraan, dan aspek non teknis lainnya juga ikut berperan (Herqutanto, 2009). Pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat ditentukan mutu pelayanan. Makin tinggi kualitas pelayanan di rumah sakit, makin baik pula pelayanan kesehatan yang diberikan kepada konsumennya. Pelayanan yang bermutu akan memberikan kepuasan kepada pasien. Namun, untuk menjaga kualitas pelayanan ini membutuhkan biaya yang tidak sedikit.

Meningkatnya jumlah pasien Indonesia yang berobat ke luar negeri membuka mata para pengusaha dalam negeri untuk memanfaatkan peluang di industri rumah sakit. Urusan medis yang semula dianggap sebagai karya sosial dan kemanusiaan sekarang menjadi lahan investasi bisnis yang menjanjikan (Sakaria, 2011). Pelayanan kesehatan yang berkelas dunia banyak dibangun dengan harapan dapat meningkatkan daya saing pelayanan kesehatan Indonesia di kawasan Asia Tenggara maupun dunia, menurunkan jumlah pasien yang berobat ke luar negeri dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan di Indonesia.

Dari grafik 1.1 berikut di bawah ini, dapat dilihat peningkatan jumlah rumah sakit yang cukup signifikan. Peningkatan jumlah rumah sakit mencapai 103 rumah sakit baik swasta maupun pemerintah dari tahun 2004 sampai 2008. Namun jika dibandingkan dengan pertumbuhan penduduk, pertumbuhan rumah sakit masih kalah cepat. Dengan jumlah penduduk mencapai jumlah 237.641.326 penduduk (BPS 2011, hasil sensus tahun 2010), satu rumah sakit tercatat harus menangani sekitar  $\pm 155.000$  orang (YanMedik Kemenkes, 2009).



**Grafik 1.1 Jumlah RSU Swasta dan Pemerintah tahun 2004-2008**

Sumber : Ditjen Bina Pelayanan Medik, Kemenkes RI (2009)

Hal tersebut sangat jauh dari kondisi ideal, terutama di daerah-daerah luar Jawa yang tingkat pembangunannya masih tertinggal dibandingkan dengan daerah-daerah di pulau Jawa. Hal ini mendorong beberapa kelompok usaha besar mulai membangun rumah sakit berkelas internasional seperti Mayapada, Bosowa, dan Ciputra. Kelompok usaha Lippo berencana menambah 20 rumah sakit di seluruh Indonesia dalam lima tahun. Semakin banyak rumah sakit baru yang bermunculan, khususnya rumah sakit swasta, - termasuk rumah sakit asing dan rumah sakit pemerintah yang memberikan layanan seperti rumah sakit swasta - menciptakan persaingan yang semakin ketat di industri ini (Kertajaya, 2011).

Dalam kondisi persaingan seperti saat ini, dimana jasa yang ditawarkan cenderung homogen, salah satu strategi bersaing yang sebaiknya diperhatikan oleh penyedia layanan kesehatan adalah kualitas layanan. Menurut Irawan (2003) dalam Maharani (2009), kualitas layanan yang dikelola dengan sebaik mungkin dapat menjadi suatu keunggulan yang sulit ditiru oleh para pesaing. Untuk itu, perusahaan, baik produk atau jasa, harus terus berkomitmen untuk meningkatkan kualitas layanan mereka secara terus menerus (Suhartanto, 2001).

Kualitas layanan juga terbukti memiliki dampak yang positif dan potensial terhadap peningkatan profitabilitas perusahaan, kunjungan berulang dan bahkan kepuasan karyawan (Cronin dan Taylor, 1992; Aviliani dan Elu, 1997; Brady, Cronin dan Brand, 2002; Caruana, 2002; Chang dan Ing San, 2005 dalam Maharani, 2009).

Kualitas pelayanan memang merupakan salah satu faktor kepuasan pelanggan namun ternyata kepuasan saja tidak cukup untuk mempertahankan loyalitas pelanggan. Menurut beberapa penelitian nilai pelanggan merupakan faktor penting dalam mempertahankan loyalitas pelanggan (Neal, 1999 ; Wu et al., 2008 dalam Pan, 2011). Di era persaingan yang kompetitif saat ini, menciptakan nilai pelanggan dan mempertahankan pelanggan adalah isu utama strategi marketing suatu perusahaan. Banyak perusahaan mengalami kehilangan pelanggan bahkan ketika perusahaan percaya bahwa pelanggan puas dengan layanan yang diberikan. Apa yang mungkin menjadi berharga untuk satu pelanggan, pelanggan lain dapat melihatnya sebagai biaya tambahan. Dengan pemikiran ini, perusahaan ditantang untuk menciptakan nilai pelanggan yang unik agar dapat sukses di pasar (Trasorras, Weinstein & Abratt, 2008).

Peningkatan kualitas pelayanan, *perceived value* dan kepuasan pelanggan merupakan kunci dari kesuksesan perusahaan dan nilai tambah kompetitif (Khatibi, Ismail dan Thyagrajan, 2002; Landrum dan Prybutok, 2004; Patterson dan Spreng, 1997; Wang, Lo dan Yang, 2004 dalam Pribadi, 2010). Kualitas pelayanan dan nilai yang dirasakan merupakan pendukung untuk mencapai kepuasan pelanggan. Karena untuk terus mau melakukan bisnis dengan perusahaan dan merekomendasikan produk atau jasa kepada orang lain, pelanggan harus mengetahui terlebih dahulu apakah ia puas atau tidak puas terhadap suatu produk atau jasa (Cronin et al., 2000; Chan et al., 2003; Mcnaughton et al., 2002 dan Patrick et al., 2001).

Penelitian mengenai pengaruh kualitas pelayanan dan *value* terhadap minat berperilaku pasien telah dilakukan di Korea dengan menggunakan sampel pasien rawat jalan di rumah sakit (Choi et al, 2004). Penelitian tersebut berhasil membuktikan bahwa antara kualitas pelayanan dan *value*, kualitas pelayanan

memegang peranan yang lebih penting dalam menghasilkan kepuasan pelanggan dibandingkan dengan *value*. Lebih jauh Choi et al (2004) juga menegaskan bahwa kualitas pelayanan dan *value* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *behavioral intention*, sementara *value* dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang dirasakan.

Dari penjabaran diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hal yang sama pada industri rumah sakit di Indonesia. Banyak penelitian tentang rumah sakit dilakukan lebih fokus pada pelayanan pasien rawat inap daripada pelayanan pasien rawat jalan (Peyrot et al., 1993). Padahal faktanya kebanyakan pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien rawat jalan. Salah satu pertimbangan pasien memilih pelayanan rawat jalan adalah faktor biaya.

## 1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan diatas, penelitian ini dilakukan agar dapat menjawab pertanyaan berikut :

1. Apakah kualitas pelayanan memiliki pengaruh yang positif terhadap kepuasan pasien, *perceived value* dan *behavioral intention*?
2. Apakah kepuasan pasien memiliki pengaruh yang positif terhadap *behavioral intention*?
3. Apakah *perceived value* memiliki pengaruh yang positif terhadap kepuasan pasien dan *behavioral intention*?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Menganalisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien, *perceived value* dan *behavioral intention*.
2. Menganalisis pengaruh kepuasan pasien terhadap *behavioral intention*.
3. Menganalisis pengaruh *perceived value* terhadap kepuasan pasien dan *behavioral intention*.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang didapat dari penelitian ini:

1. Bagi pengembangan teori, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam memperkaya pemahaman mengenai kualitas pelayanan dan *perceived value* serta hubungannya dengan kepuasan pelanggan dan *customer behavioral intention* pada umumnya dan khususnya pengujiannya dalam konteks layanan jasa rumah sakit.
2. Bagi manajerial rumah sakit, diharapkan dapat memberikan informasi mengenai atribut kualitas pelayanan apa yang paling baik dalam mendefinisikan kualitas mereka. Selain itu penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai kualitas pelayanan dan *perceived value* serta hubungannya dengan kepuasan pasien dan apakah pada praktiknya *customer behavioral intention* pasca pembelian lebih dipengaruhi oleh level dari *perceived service quality* yang diterima, *perceived value* atau dari tingkat kepuasan mereka terhadap layanan rumah sakit.

## 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

### 1.5.1 Unit Analisis dan Objek Penelitian

Responden yang diteliti dalam penelitian ini adalah 155 orang yang pernah mendapatkan pengobatan rawat jalan di rumah sakit swasta di Jakarta dan di luar negeri, yaitu Singapura dan Malaysia.

Objek Penelitian adalah rumah sakit swasta di Jakarta dan di luar negeri, yaitu Singapura dan Malaysia

Peneliti memilih Jakarta sebagai lingkup wilayah penelitian karena hampir 70% rumah sakit umum yang ada di Jakarta merupakan milik swasta (Ditjen YanMedik Kemenkes, 2008).

### 1.5.2 Periode Penelitian

Keseluruhan penelitian ini dilaksanakan mulai dari minggu kedua Bulan Januari sampai dengan Bulan Juni 2012. Penyebaran kuesioner dilaksanakan pada minggu ketiga Bulan April sampai minggu keempat Bulan April 2012. Sedangkan

analisis data dan penyusunan kesimpulan dan saran dilaksanakan pada minggu kedua Mei 2012.

### 1.5.3 Batasan penelitian

Dalam penelitian ini, dibatasi hanya pada pengaruh variabel kualitas pelayanan yang terdiri dari dimensi *tangibility*, kenyamanan proses perawatan, pelayanan staf rumah sakit, pelayanan dokter dan *perceived value* terhadap *Behavioral Intention* yang dimediasi oleh kepuasan pelanggan.

## 1.6 Metodologi Penelitian

### 1.6.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam satu tahap, yaitu peneliti melakukan survey yang bersifat deskriptif yang dilakukan satu kali dalam satu periode (*single cross-sectional design*) melalui penyebaran kuesioner secara *online*. Kuesioner diisi sendiri oleh responden (*self administered questionnaire*).

### 1.6.2 Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel yang diteliti adalah sebagai berikut:

#### 1. Populasi

Populasi adalah kumpulan dari keseluruhan elemen dimana kita akan menarik beberapa kesimpulan (Copper & Schindler 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan dan pengobatan rawat jalan di rumah sakit swasta Jakarta dan di luar negeri, yaitu Singapura dan Malaysia.

#### 2. Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel non probabilitas jenis pengambilan *Convenience Sampling*, yaitu pemilihan responden pada suatu waktu dan tempat tertentu untuk dijadikan sampel penelitian sesuai keinginan dari peneliti (Malhotra, 2004). Teknik sampel ini dilakukan karena peneliti memiliki keterbatasan waktu dan biaya penelitian.

### 1.6.3 Jenis dan Metode Pengumpulan Data

Ada dua jenis pengumpulan data yang dikumpulkan, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan (Siregar, 2010).

Dalam hal ini penulis menggunakan metode pengumpulan data kuesioner (daftar pertanyaan) secara langsung maupun secara *online*.

#### 2. Data Sekunder

Disamping data primer yang merupakan data utama dalam penelitian ini, penulis juga menggunakan data sekunder. Data sekunder dikumpulkan dari data eksternal yaitu data yang berasal dari luar perusahaan, dalam bentuk bahan publikasi (terbitan), data base *online*, database internet, direktori, data statistik, dan lainnya (Malhotra, 2010).

### 1.6.4 Teknik Analisis

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan SEM yang dilakukan bertahap. Tahap pertama adalah dengan melakukan estimasi untuk masing-masing model pengukuran (*measurement model*) terhadap setiap konstruk yang digunakan dalam penelitian ini. Tahap kedua adalah dengan melakukan estimasi secara simultan untuk model struktural (*structural model*) sehingga terlihat hubungan antara variabel bebas dan terikat secara keseluruhan.

Berikut langkah-langkah yang dilakukan oleh peneliti dalam menganalisis permasalahan yang ada:

1. Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauh mana skala mampu menciptakan hasil yang konsisten jika pengukuran dilakukan berulang terhadap karakteristik tertentu (Malhotra, 2010). Malhotra juga berpendapat bahwa suatu skala dikatakan *reliable* apabila memiliki koefisien alpha  $>0.6$ . Jika memenuhi persyaratan ini, maka pertanyaan dalam kuesioner dianggap sudah *reliable*. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan bantuan *software* SPSS 16.0
2. Analisis faktor yaitu merupakan sebuah prosedur yang biasa digunakan untuk mereduksi data dan perangkuman data (Malhotra, 2010). Malhotra

juga berpendapat bahwa analisis faktor ini digunakan untuk mengidentifikasi dimensi dasar atau faktor, yang menjelaskan korelasi diantara himpunan variabel-variabel, mengidentifikasi suatu himpunan yang lebih kecil dari variabel-variabel yang tidak saling berkorelasi untuk menggantikan himpunan asal variabel-variabel yang saling berkorelasi dalam analisis banyak variabel berikutnya dan mengidentifikasi suatu himpunan variabel-variabel penting yang lebih kecil dari sebuah himpunan yang lebih besar untuk digunakan dalam analisis banyak variabel berikutnya. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan bantuan *software* SPSS 16.0

3. Tahap pertama dalam teknik *Structural Equation Modelling* (SEM) adalah melakukan analisis model pengukuran. Tujuan dari tahap pertama pengolahan SEM ini adalah untuk mengetahui hubungan yang terjadi antara sebuah variabel laten dengan beberapa variabel teramati/indikator dan untuk mengkonfirmasi apakah variabel-variabel teramati merupakan ukuran yang tepat bagi variabel laten. Analisis terhadap model pengukuran ini biasa disebut *confirmatory factor analysis* atau disebut CFA. Hasil akhir dari CFA diperoleh melalui tiga tahap analisis validitas model, analisis reliabilitas model dan uji kecocokan model.
4. Uji validitas dan reliabilitas SEM. Suatu variabel dikatakan mempunyai validitas yang baik terhadap suatu konstruk atau variabel lainnya, jika nilai t muatan faktornya (*factor loadings*) lebih besar dari nilai kritis ( $> 1.96$  atau praktisnya  $> 2$ ) dan faktor standarnya (*standardized factor loading*)  $> 0.50$  (Igarria et al., 1997 dalam Wijanto, 2008). Sedangkan uji reliabilitas dilakukan untuk melihat konsistensi suatu pengukuran. Reliabilitas tinggi menunjukkan bahwa indikator-indikator mempunyai konsistensi tinggi dalam mengukur konstruk latennya. Mengukur reliabilitas SEM digunakan *composite reliability measure* (ukuran reliabilitas komposit) dan *variance extracted* (ukuran ekstrak varian) (Wijanto, 2008).
5. Pengujian *overall model fit* dari model struktural. Untuk mengetahui *overall model fit* dari model struktural, dilakukan evaluasi tingkat kecocokan yang diperoleh melalui pengujian dengan kriteria *fit indices* yang sama seperti

kriteria pengujian *overall model fit* pada model pengukuran yang telah dijelaskan sebelumnya (Santoso, 2007).

### 1.7 Sistematika Penulisan Skripsi

Penulisan skripsi ini terdiri dari lima bab utama, yaitu:

1. Bab 1 : Pendahuluan

Bab ini berisikan latar belakang perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian, metodologi penelitian dan sistematika penulisan laporan penelitian.

2. Bab 2 : Tinjauan Literatur

Bab ini menguraikan hasil dari tinjauan kepustakaan atau riset data sekunder berupa serangkaian teori yang relevan untuk digunakan sebagai landasan penelitian.

3. Bab 3 : Metodologi Penelitian

Bagian ini memberikan gambaran mengenai bagaimana penelitian ini dilakukan, yang mencakup desain penelitian, metode pengumpulan data (data primer dan sekunder), populasi penelitian dan metode pengambilan sampel (*sampling method*), model penelitian, variabel penelitian, operasionalisasi variabel penelitian, sistematika kuesioner dan metode analisis data.

4. Bab 4 : Analisis dan Pembahasan

Bab ini berisi gambaran pengolahan dan analisis data primer dan data sekunder yang telah dikumpulkan, sehingga diperoleh hasil penelitian yang menjawab dan tujuan penelitian dengan menggunakan piranti lunak SPSS versi 16 *for Windows* dan LISREL 8.51 .

5. Bab 5 : Kesimpulan dan Saran

Bab ini berisi kesimpulan dan hasil penelitian serta saran-saran yang mengacu pada implikasi manajerial yang berhubungan dengan hasil penelitian, serta saran-saran untuk penelitian selanjutnya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **2.1 Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial dan berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap baik secara kuratif dan preventif bagi pasien rawat jalan dan pasien rawat inap melalui kegiatan medis serta perawatan. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan dan riset kesehatan (WHO, dikutip dari Wahyuningsih, 2009).

#### **2.2 Instalasi Rawat Jalan**

Rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap. Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Depkes, 1987dikutip dari Wahyuningsih, 2009). Unit rawat jalan bukanlah suatu unit yang bisa bekerja sendiri, melainkan mempunyai kaitan erat dengan unit lain di rumah sakit agar dapat memberikan kepada pasien dengan baik. Unit lain yang berkaitan dengan rawat jalan antara lain unit rekam medis, staf medis, laboratorium, pemeliharaan saran dan prasarana, radiologi, logistik, farmasi dan keuangan. Agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, unit-unit tersebut harus berkoordinasi dengan baik. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pertama dan merupakan pintu gerbang rumah sakit, serta merupakan satu-satunya bagian dari pelayanan medis yang memberikan kesan pertama bagi pasien sebagai konsumen (Rijadi, 1997 dalam Wahyuningsih, 2009).

### 2.3 Jasa

Kata jasa mempunyai banyak arti, dari mulai pelayanan personal sampai jasa sebagai suatu produk. Kotler (1994) mendefinisikan jasa sebagai tindakan atau perbuatan yang ditawarkan dari suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan perpindahan kepemilikan, dikonsumsi bersamaan dengan saat produksi (Zeithaml dan Bitner, 1996 dalam Ayuning 2007), melibatkan produk fisik maupun tidak, melibatkan interaksi antara konsumen dan karyawan/sumber daya/barang/sistem dari penyedia jasa (Gronroos, 2001 dalam Stromgren, 2007) dan menyediakan nilai tambah (Zeithaml dan Bitner, 1996 dalam Ayuning 2007). Dalam strategi pemasaran, definisi jasa harus dicermati dengan baik, karena pengertiannya berbeda dengan produk. Kenyataannya tidak mudah membedakan suatu produk sebagai barang atau jasa secara tepat, karena adanya saling melengkapi diantara keduanya. Menurut Parasuraman dan Berry (1991) dalam Ayuning (2007), yang membedakan jenis produk yang ditawarkan kepada konsumen adalah sebagai berikut : barang murni, relatif tanpa kandungan jasa, barang yang disertai jasa, yaitu barang sebagai produk utama dengan jasa sebagai pelengkap, campuran barang dan jasa dalam proporsi yang sama, jasa yang disertai barang, yaitu jasa sebagai produk utama dengan barang sebagai produk pelengkap, jasa murni relatif tanpa kandungan barang.

Pengelompokkan produk sebagai barang atau jasa ini didasarkan pada seberapa besar sebuah produk dapat ditunjukkan dalam bentuk fisik, semakin besar bukti fisik yang dapat dilihat maka produk tersebut cenderung dikenal sebagai barang, dan sebaliknya semakin kecil bukti fisik yang dapat dilihat maka produk tersebut cenderung dikenal sebagai jasa. Secara umum jasa memiliki beberapa karakteristik, seperti :

- Tidak nyata (*intangibility*), artinya jasa tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, dicium, atau didengar sebelum jasa tersebut dibeli. Seorang tidak dapat menilai jasa sebelum ia mengkonsumsi jasa tersebut. Jasa merupakan suatu perbuatan, kinerja atau usaha. Walaupun pada umumnya jasa dapat berkaitan dan didukung oleh produk fisik, inti dari apa yang dibeli konsumen adalah kinerja

yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lainnya (Tjiptono, 2006 dalam Maharani, 2009). Untuk mendapatkan informasi dan meningkatkan keyakinan terhadap penyedia jasa, konsumen biasanya melihat unsur-unsur fisik dari jasa tersebut yang dianggap mampu merepresentasikan performa perusahaan. Unsur-unsur fisik ini dapat berupa penampakan dari gedung, fasilitas-fasilitas atau peralatan yang dimiliki perusahaan, hingga penampilan dari karyawan perusahaan (Kotler, 2003 dalam Maharani, 2009).

- Tidak dapat dipisahkan dari produksi dan konsumsi (*inseparability of production and consumption*). Walaupun tujuan utama konsumen adalah output atau hasil akhir, namun cara konsumen diperlakukan dalam proses pemberian layanan dapat berpengaruh terhadap *customer satisfaction* (Lovelock, 2004 dalam Maharani 2009).
- Keragaman (*heterogenity*) produk jasa yang sangat tinggi. Jasa bersifat sangat bervariasi karena merupakan *nonstandardized output*. Seorang konsumen mungkin saja menerima layanan yang baik pada satu waktu tertentu namun di lain waktu tidak, walaupun layanan tersebut diberikan oleh karyawan yang sama (Kotler, 2003). Sifat jasa yang sangat bervariasi ini sangat terasa terutama pada jasa yang sifatnya *people based*, seperti perhotelan, rumah sakit, konsultan, dan jasa pendidikan. Komponen manusia yang terlibat jauh lebih banyak daripada jasa yang bersifat *equipment-based* seperti rental mobil, komputer dan jasa transportasi (Fandy, 2006 dalam Maharani, 2009). Hal ini yang menyebabkan jasa yang bersifat *people-based* cenderung kurang terstandarisasi dan seragam bila dibandingkan hasil dari jasa yang bersifat *equipment-based*.
- Tidak tahan lama (*perishability*), kondisi tersebut tidak akan menjadi masalah berarti jika tingkat permintaan akan jasa tersebut konstan. Pada praktiknya, permintaan pelanggan akan jasa seringkali sangat bervariasi dan dipengaruhi faktor musiman (Tjiptono, 2006). Misalnya permintaan akan jasa transportasi dan jasa rekreasi yang meningkat saat musim liburan dan menurun saat hari-hari biasa. (Zeithaml et al., 1988 dalam Y. Lu et al., 2009) atau sebagai kesan

keseluruhan pelanggan terhadap keburukan / keunggulan organisasi dan layanannya (Bitner dan Hubbert, 1994 dalam Y. Luet al., 2009).

## 2.4 Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan merupakan topik dalam pemasaran jasa yang paling banyak diteliti. Penelitian sebelumnya menemukan adanya hubungan antara kualitas pelayanan dengan keberhasilan perusahaan (Zeithaml et al., 1996; Boulding et al., 1993), kepuasan pelanggan (Cronin dan Taylor, 1992; Oliver, 1993; Taylor dan Baker, 1994) dan niat membeli (Zeithaml et al., 1996; Boulding et al., 1993). Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan merupakan kunci penting penentu keberhasilan perusahaan pelayanan jasa kesehatan karena perannya dalam mencapai kepuasan pasien (Williams dan Calnan, 1991) dan keuntungan bagi rumah sakit (Koska, 1990; Donabedian, 1996). Sementara itu Lehtinen dan Lehtinen (1982) dalam Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) berpendapat bahwa kualitas pelayanan terdiri dari kualitas pada proses interaksi, kualitas pada produksi fisik, dan kualitas dari penyedia jasa. Hal senada dikemukakan oleh Brady dan Cronin (2001). Gronroos (1982) dalam Stromgen (2007) menyatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan hasil evaluasi konsumen terhadap proses pemberian layanan (*functional quality*) dan output yang dihasilkan dari proses pemberian layanan (*outcome quality*). Parasuraman (1988) menyatakan konsumen melakukan evaluasi kualitas pelayanan pada dimensi-dimensi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*.

Berbagai karakteristik jasa di atas dianggap penting dalam menentukan kualitas jasa dan layanan. Oleh karena itu Parasuraman *et al.* (1988) menyarankan tiga tema pokok dalam menentukan kualitas jasa, yaitu sebagai berikut:

1. Bagi konsumen, kualitas jasa adalah lebih sulit diukur dibandingkan dengan kualitas barang.
2. Kualitas jasa adalah hasil perbandingan antara apa yang diharapkan konsumen dengan kinerja yang diterima.
3. Evaluasi terhadap jasa bukan hanya pada hasil jasa semata, melainkan juga mencakup evaluasi terhadap proses pengirimannya (*delivery process*).

Ada lima pandangan mengenai kualitas (Garvin dalam Lovelock (2004), yang terdiri dari :

- *Transcendental approach*

Kualitas dalam pendekatan ini dipandang sebagai *innate excellence* (keunggulan yang bersifat alami/bawaan), dimana kualitas dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalkan. Sudut pandang ini biasanya digunakan dalam dunia seni, misalnya seni musik, seni drama, dan seni tari. Meskipun demikian suatu perusahaan dapat mempromosikan produknya melalui pernyataan-pernyataan maupun pesan-pesan komunikasi seperti tempat berbelanja yang menyenangkan (toko buku); aman dan cepat (jasa pengiriman barang); luas jangkauannya (layanan telepon seluler). Dengan demikian fungsi perencanaan, produksi, dan pelayanan suatu perusahaan sulit sekali menggunakan definisi seperti ini sebagai dasar manajemen kualitas.

- *Product-based approach*

Pendekatan ini memandang bahwa kualitas diartikan sebagai karakteristik atau atribut yang dapat diukur. Perbedaan dalam kualitas mencerminkan perbedaan unsur-unsur atau atribut yang dimiliki oleh suatu produk. Pandangan ini bersifat sangat objektif, sehingga tidak dapat menjelaskan perbedaan dalam hal selera, kebutuhan, dan preferensi konsumen.

- *User-based approach*

Pendekatan ini merupakan pendekatan yang paling tepat diaplikasikan dalam mendefinisikan kualitas jasa. Pendekatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada sudut pandang seseorang, sehingga produk yang paling memuaskan seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Perspektif yang subyektif dan *demand-oriented* ini juga menyatakan bahwa pelanggan yang berbeda memiliki kebutuhan dan keinginan yang berbeda pula, sehingga kualitas bagi seseorang adalah sama dengan kepuasan maksimum yang dirasakannya.

- *Manufacturing-based approach*

Pandangan ini bersifat *supply-based* dan terutama memperhatikan praktik-praktik perekrutan dan pemanufakturan, serta mendefinisikan kualitas sebagai

kesesuaian dengan persyaratan (*conformance to requirements*). Dalam sektor jasa, dapat dikatakan bahwa kualitasnya bersifat *operations-driven*. Pendekatan ini berfokus pada penyesuaian spesifikasi yang dikembangkan secara internal, yang seringkali didorong oleh tujuan peningkatan produktivitas dan penekanan biaya. Dengan demikian, kualitas ditentukan oleh standar-standar yang ditetapkan perusahaan, bukan oleh konsumen.

- *Value-based approach*

Pendekatan ini memandang kualitas dari segi nilai dan harga. Dengan mempertimbangkan *trade-off* antara kinerja dan harga, kualitas didefinisikan sebagai "*affordable excellence*". Kualitas dalam perspektif ini bersifat relatif, sehingga produk yang memiliki kualitas paling tinggi belum tentu produk yang paling bernilai, tetapi yang paling adalah barang atau jasa yang paling tepat dibeli (*best-buy*).

## 2.5 SERVICE QUALITY

Menurut Parasuraman kualitas pelayanan adalah perbedaan antara harapan pelanggan dan kinerja layanan yang dirasakan mereka (Kuo et al., 2009). Berdasarkan konsep ini, Parasuraman et al. (1988) mengembangkan model SERVQUAL untuk mengukur kualitas layanan. SERVQUAL mempunyai lima dimensi yaitu :

a) *Tangibles* (dapat diukur)

Kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensi kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh penyedia jasa, yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan, serta penampilan pegawainya.

b) *Reliability* (kehandalan)

Kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan

harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan dan akurasi yang tinggi.

c) *Responsiveness* atau tanggapan

Kemampuan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (responsif) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan.

d) *Assurance* atau jaminan

Pengetahuan dan keramahan karyawan serta kemampuan mereka untuk menjamin kepercayaan dan keyakinan pelanggan. Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*) dan sopan santun (*courtesy*).

e) *Empathy* atau kepedulian

Perhatian yang tulus dan bersifat individual atau personal yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu operasional yang nyaman bagi pelanggan.

Menurut Zeithaml, Parasuraman dan Berry dalam Pribadi (2010), metode SERVQUAL mengidentifikasi adanya gap atau kesenjangan yang menyebabkan timbulnya perbedaan antara persepsi dan harapan pelanggan. Adanya kesenjangan ini menjadi dasar dalam pengembangan model konseptual (*Gap Model*) untuk mengidentifikasi dan memperbaiki permasalahan kualitas jasa. Kesenjangan tersebut adalah :

- Gap 1. Kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen  
Kesenjangan yang tercipta karena ada perbedaan antara penilaian konsumen dan manajer mengenai harapan pengguna jasa. Kesenjangan ini terjadi karena kurangnya orientasi penelitian pemasaran, pemanfaatan yang kurang terhadap hasil penelitian, kurang interaksi antara pihak

manajemen dengan pelanggan, komunikasi dari bawah ke atas yang kurang memadai serta terlalu banyaknya tingkatan manajemen

- Gap 2. Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa.

Kesenjangan yang tercipta karena kesalahan dalam menterjemahkan harapan pengguna jasa kedalam spesifikasi kualitas jasa oleh manajer. Manajer mungkin benar dalam memahami keinginan pelanggan, tetapi tidak tepat dalam menetapkan spesifikasi kualitas. Hal ini disebabkan oleh tidak memadainya komitmen manajemen terhadap kualitas jasa, persepsi mengenai ketidaklayakan, tidak memadainya standarisasi tugas dan tidak adanya penyusunan tujuan

- Gap 3. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa  
Kesenjangan ini terjadi karena faktor-faktor yaitu ketidakpastian harapan manajemen kepada karyawan dalam memenuhi kepuasan pelanggan, ketidakmampuan memenuhi permintaan pelanggan, ketidaksesuaian antara kemampuan karyawan dengan tugasnya, penerapan teknologi yang kurang tepat, sistem pengendalian supervisi yang tidak tepat, ketidakmampuan karyawan untuk bersikap fleksibel, dan tidak adanya team work yang baik.
- Gap 4. Kesenjangan antar penyampaian jasa dan komunikasi eksternal  
Faktor yang mempengaruhi dan menyebabkan kesenjangan ini adalah kurangnya komunikasi horizontal antar departemen dalam perusahaan dan kecenderungan perusahaan untuk obral janji.
- Gap 5. Kesenjangan antara yang dialami dan jasa yang diharapkan  
Kesenjangan ini terjadi karena perbedaan persepsi antara jasa yang dirasakan dan yang diharapkan oleh pelanggan. Jika keduanya terbukti sama, maka perusahaan akan memperoleh citra dan dampak baik atau sebaliknya.

Adapun dimensi kualitas pelayanan yang digunakan peneliti mengacu pada dimensi kualitas yang digunakan oleh Choi et al., (2004) dalam penelitiannya di Korea. Dimensi kualitas pelayanan tersebut meliputi :

a) Tampilan Fisik (*Tangible*)

Fasilitas pelayanan adalah lingkungan tempat pelayanan atau poliklinik tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Tempat pelayanan harus dapat memberikan kenyamanan dan keamanan pada pasien selama pasien mendapatkan layanan seperti ruang pemeriksaan dan ruang tunggu yang bersih, penataan ruang yang teratur, kursi tunggu, kamar mandi bersih dan tidak licin dan tempat parkir yang luas dan memadai. Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan secara langsung dan tidak langsung berpengaruh terhadap kunjungan rawat jalan.

b) Proses perawatan

Proses perawatan adalah proses yang dilalui oleh pasien mulai dari saat membuat perjanjian dengan dokter, menunggu pemeriksaan dokter, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi sampai ke proses pembayaran. Bila masalah administrasi rawat jalan seperti prosedur pembayaran yang lama, proses perjanjian dengan dokter yang sulit, jadwal perjanjian pasien bermasalah, maka akan mengakibatkan proses pelayanan menjadi tidak baik. Karena ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan dapat menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap selanjutnya sehingga pelanggan merasa tidak puas secara keseluruhan.

c) Pelayanan Staff

Dalam hal ini pelayanan staf non dokter yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit. Mulai dari bagian administrasi, asisten apoteker, staf laboratorium dan radiologi, gizi sampai ke bagian rumah tangga. Semua memiliki peranan yang besar dalam menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit. Masing-masing bagian penunjang dalam rumah sakit harus memiliki komunikasi dan koordinasi yang baik guna memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.

#### d) Pelayanan Dokter

Dokter merupakan inti utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk itu perlu dibina hubungan yang baik dan serasi antara rumah sakit dan dokter guna dapat memberikan pelayanan yang optimal terhadap pasiennya. Harapan akhir pasien adalah kesembuhan penyakitnya dengan proses penanganan dari dokter melalui perhatian, rasa aman, kasih sayang dan ketelitian. Membangun komunikasi yang baik dengan pasien akan memperlancar penanganan dan kesembuhan pasien. Kepuasan terhadap pelayanan dokter meliputi ketepatan jadwal pelayanan dokter atau waktu tunggu pendek, keramahan, ketelitian, serta kejelasan dalam memberikan informasi tentang penyakit yang diderita. Dalam memberikan pelayanan medis seorang dokter berkewajiban menjalankan tugasnya sesuai dengan standar medis yang telah ditetapkan, sehingga mereka akan bertindak dengan teliti dan hati-hati. Hubungan dokter dan pasien merupakan suatu hubungan yang sejajar, dimana satu pihak adalah pemberi pelayanan dan pihak lain adalah sebagai penerima pelayanan. Jika ini dapat dijaga maka akan dapat dijamin pelayanan yang bermutu kepada pasien (Iskandar, 1998 dalam Wahyuningsih, 2009).

Ross (1984) dalam Wahyuningsih (2009) menyebutkan beberapa keluhan pasien terhadap dokternya di rumah sakit yang meliputi tidak diberi cukup waktu oleh dokter, keangkuhan dokter, tidak diberi informasi yang lengkap tentang penyakitnya, serta tidak adanya kerjasama antara dokter pribadi dan spesialis yang dikonsul. Sementara menurut Aditama (2003), penjelasan menyeluruh tentang keadaan penyakit kepada pasien dan keluarganya diperlukan agar mereka memahami keadaan kesehatannya serta upaya pengobatan apa yang akan mereka jalani. Oleh karena itu dokter memiliki kewajiban untuk menjelaskan penyakit yang terkait pasien dengan sebaik mungkin.

## 2.6 Nilai yang dirasakan Pelanggan (*Perceived Value*)

Konsep nilai pelanggan adalah hampir sama dengan konsep pertukaran barang yang kita kenal dengan istilah barter. Dalam sistem ini masing-masing pihak saling bertukar barang. Masing-masing pihak berusaha agar barang yang ditukar setara nilainya dengan barang yang diterima. Dengan kata lain, nilai pelanggan adalah pertukaran antara manfaat yang ada dalam suatu produk atau jasa (kualitas, pelayanan dan *image*) dengan pengorbanan yang dikeluarkan untuk mendapatkan manfaat (biaya, stres, waktu) (Johnson & Weinstein, 2004). Sementara menurut Dodds, Monroe, dan Grewal (1991); Zeithaml (1998), nilai perolehan yang dirasakan adalah keuntungan bersih yang diterima dikaitkan dengan produk atau jasa yang didapatkan. Nilai perolehan yang dirasakan dari suatu produk secara positif akan dipengaruhi oleh keuntungan yang diyakini oleh pembeli bisa ia dapatkan dengan cara memperoleh dan mempergunakan produk atau jasa tersebut, dan secara negatif dipengaruhi oleh uang yang harus dibayarkan untuk membeli produk atau jasa tersebut. Menurut Woodruff dan Gardial (2000), *perceived value* menguraikan hubungan antara produk dan pelanggan yaitu pemahaman pelanggan mengenai apa yang mereka inginkan dengan produk atau jasa yang ditawarkan dalam memenuhi kebutuhannya, dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkannya. Dengan kata lain, pelanggan dapat kognitif mengintegrasikan persepsi mereka terhadap apa yang mereka dapatkan dan apa yang telah mereka berikan untuk mendapatkan barang. Namun, pengorbanan berarti lebih dari uang yang dibayarkan untuk barang-barang tertentu. Biaya non moneter seperti biaya transaksi, biaya pencarian, negosiasi biaya, dan waktu yang terjadi selama pembelian, harus disertakan (Zeithaml, 1988; Cronin et al., 1997; Keeney, 1999; Cronin et al., 2000). Perspektif psikologi sosial menunjukkan bahwa nilai yang tercipta terletak pada arti pembelian barang-barang tertentu kepada masyarakat pembeli (Sheth et al., 1991). Yaitu, barang membawa makna tertentu (seperti status ekonomi sosial dan sosial budaya) dapat meningkatkan efek dari konsep diri sosial (Sweeney dan Soutar, 2001; Wang et al., 2004). Sering terjadi perusahaan mengembangkan kualitas produk atau jasa sebaik-baiknya tanpa input dari pelanggan dan dihasilkan produk atau jasa

berkualitas tinggi menurut versi perusahaan. Namun karena produk atau jasa tersebut tidak sesuai dengan kebutuhan, keinginan dan permintaan pelanggan, perusahaan harus menerima kenyataan produk atau jasa tersebut ditolak oleh pelanggan. Karena itu penting untuk dipahami bahwa suatu produk atau jasa dikatakan memiliki nilai yang tinggi bila dapat memenuhi kebutuhan, keinginan dan permintaan pelanggan. Ekspektasi satu pelanggan dengan yang lain pastinya akan berbeda. Karena setiap pelanggan memiliki kebutuhan yang unik, maka bisa saja pelanggan yang sama memiliki ekspektasi yang berbeda dari suatu produk atau jasa ketika pelanggan tersebut menggunakannya di lain waktu (Vantrappen, 1992 dalam Tsorras, Weinstein dan Abratt, 2008). Dalam rangka memenuhi harapan pelanggan, perusahaan harus dapat memaksimalkan efektivitas penciptaan nilai pelanggan yang superior (Slater dan Narver, 1994 dalam Tsorras, Weinstein dan Abratt, 2008).

Penentuan, penyampaian dan pengkomunikasian *value* merupakan hal yang sangat penting dalam setiap kesatuan organisasional. Ketiga aspek tersebut merupakan bagian dari inti proses rancangan strategis dan pada akhirnya menentukan daya saing dan kelangsungan hidup jangka panjang suatu organisasi (Kotler, 1991; Narver dan Slater, 1990; Woodruff, Locander, dan Barnaby, 1991). *Value* yang unggul mengacu pada penciptaan berkesinambungan pengalaman bisnis yang melampaui pengharapan pelanggan. *Value* merupakan suatu kendali strategis yang diterapkan oleh setiap perusahaan untuk membedakan diri mereka dari apa yang kebanyakan ada di benak pelanggan (Weinstein dan Johnson, 1999).

Persepsi pelanggan tentang nilai didefinisikan sebagai : (1) nilai adalah harga rendah, (2) nilai apa yang pelanggan inginkan dalam produk, (3) nilai adalah kualitas yang didapatkan untuk harga yang dibayar, dan (4) nilai adalah apa yang didapatkan untuk apa yang diberi (Zeithaml, 1988 dalam Tung, 2004). Untuk mengevaluasi atribut nilai perusahaan, pelanggan menggunakan persepsi kualitas produk atau jasa, pelayanan, hubungan supplier-pelanggan, harga dan *image*. Ketika dihadapkan pada situasi yang sulit untuk memutuskan, *image* digunakan untuk membedakan produk atau jasa yang ditawarkan (Tsorras, Weinstein dan Abratt, 2008).

## 2.7 Kepuasan Pelanggan (*Customer Satisfaction*)

Dalam bahasa latin *satisfaction* berasal dari kata *satis* yang berarti cukup (enough) dan *facere* yang berarti melakukan ( *to do*). Dengan demikian menurut Irawan (2003) dalam Maharani (2009) produk yang dapat memberikan kepuasan adalah ”produk yang dapat memberikan sesuatu yang dicari konsumen sampai pada tingkat cukup”. Sejumlah pakar memberikan definisi yang berbeda mengenai kepuasan pelanggan.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan setelah mengkonsumsi suatu produk atau jasa dengan harapannya sebelum mengkonsumsi produk atau jasa (Kotler, 2006). J. Paul Peter dan Jerry C. Olson (1999) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan merupakan perbandingan antara harapan kinerja sebelum membeli dan persepsi kinerja yang diterima pelanggan setelah membeli. Jika harapan kinerja sebelum membeli lebih besar dari kinerja yang diterima setelah membeli, maka dikatakan pelanggan mengalami ketidakpuasan. Sebaliknya, jika harapan kinerja sebelum membeli lebih dari persepsi kinerja yang diterima setelah membeli maka pelanggan mengalami kepuasan.. Menurut McCarthy dan Perreault (1991), “Konsumen membeli kepuasan”. Dari pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa keputusan untuk mengkonsumsi suatu produk, didasarkan pada harapan akan kepuasan yang akan diperoleh. McCarthy dan Perreault juga menambahkan bahwa sejak kepuasan konsumen ditetapkan sebagai tujuan perusahaan, maka keberhasilan pemasaran harus diukur dengan sejauhmana perusahaan tersebut memberikan kepuasan kepada pelanggannya. Pada dasarnya kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan atas produk akan berpengaruh pada pola perilaku selanjutnya. Seth and Mittal (2004) berpendapat bahwa kepuasan adalah sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja (hasil) dengan harapan-harapannya terhadap suatu produk atau jasa dalam memenuhi kebutuhan kepuasannya (Oliver, 1993; Zeithaml dan Bitner, 1999 dalam Garbarino, 2000).

Pelanggan yang puas akan makin besar kemungkinannya untuk tetap setia pada perusahaan (Kotler, 2003) dan mengatakan kepada orang lain mengenai

pengalaman yang menyenangkan dalam mengkonsumsi produk, jasa, atau merek tersebut (Peter dan Olson, 2002). Dari pendapat diatas dapat disimpulkan, ketika seseorang merasakan kepuasan terhadap suatu produk, jasa, atau merek, maka orang tersebut akan menceritakan pengalaman baik dan kepuasan yang dirasakannya kepada orang lain, sehingga orang yang mendengarkan cerita tersebut cenderung akan mencoba menggunakan produk, jasa, atau merek tersebut. Untuk sektor industri jasa, kepuasan konsumen lebih banyak tercipta karena faktor pelayanan yang prima kepada konsumen, sehingga dapat dikatakan bahwa konsumen jasa membeli "pengalaman". Oleh karena itu para pelaku jasa harus benar-benar memperhatikan kualitas pelayanannya kepada konsumen (Garbarino et al., 1999 dalam Guritno, 2008).

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan konsumen adalah tanggapan yang diberikan oleh konsumen setelah membandingkan apa yang diterima atau apa yang dirasakan dengan apa yang diharapkan. Atau seluruh sikap yang mencerminkan ekspresi mereka setelah mengkonsumsi barang atau jasa. Sikap tersebut bisa positif atau negatif. Pencapaian kepuasan konsumen merupakan hal yang sangat penting bagi setiap perusahaan karena hal tersebut merupakan sasaran dari semua kegiatan pemasaran dan menandakan bahwa kegiatan tersebut telah berhasil dilakukan.

### **2.7.1 Pengukuran *Customer Satisfaction***

Ada beberapa metode yang digunakan untuk mengukur kepuasan konsumen (Kotler, 2004) mengidentifikasi 4 (empat) metode untuk mengukur kepuasan konsumen, yaitu:

1. Sistem keluhan dan saran

Pengukuran kepuasan konsumen dilakukan melalui media komunikasi dengan konsumen yaitu: kotak saran, *call center*, *websites* dan lain-lain. Informasi yang diperoleh dapat dijadikan masukan dan ide bagi perusahaan. Metode ini bersifat pasif karena perusahaan menunggu inisiatif konsumen menyampaikan keluhan atau pendapat.

2. *Mystery shopping*

Pengukuran dilakukan dengan memperkerjakan beberapa orang *ghost shoppers* untuk berperan sebagai konsumen potensial produk perusahaan atau pesaing lalu berinteraksi dengan karyawan pelayanan. Hasil temuan biasanya terkait dengan kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing.

### 3. Survei kepuasan konsumen

Pengukuran dilakukan melalui pos, telepon, *email*, *websites* atau wawancara langsung. Melalui survey perusahaan akan memperoleh tanggapan dan *feed back* secara langsung dari konsumen sekaligus juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap konsumen. Pengukuran kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai cara:

#### a. *Directly reported satisfaction*

Pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan dengan skala berikut: sangat puas, puas, netral, tidak puas dan sangat tidak puas.

#### b. *Derived dissatisfaction*

Pertanyaan yang diajukan menyangkut dua hal utama, yakni besarnya harapan pelanggan terhadap atribut tertentu dan besarnya yang mereka rasakan.

#### c. *Problem analysis*

Pelanggan yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok. Pertama, masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari perusahaan. Kedua saran-saran untuk melakukan perbaikan.

#### d. *Importance-performance analysis*

Dalam teknik ini, responden diminta merangking berbagai elemen (atribut) dari penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen tersebut. Selain itu responden juga diminta merangking seberapa baik kinerja perusahaan dalam masing-masing elemen (atribut) tersebut.

### 4. *Last customer analysis*

Perusahaan berusaha menghubungi pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok. Yang diharapkan adalah akan diperolehnya informasi terjadinya hal tersebut. Informasi ini sangat

bermanfaat bagi perusahaan untuk mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pelanggan.

## 2.8 Behavioral Intention

Zeithaml et al. (1996) melihat interaksi perilaku sebagai sinyal yang menunjukkan apakah konsumen akan terus menggunakan jasa suatu perusahaan atau pindah ke perusahaan lainnya. Dengan kata lain minat berperilaku sebagai indikasi pengganti dari perilaku sesungguhnya.

### 2.8.1 Dimensi Minat Berperilaku

Terdapat 2 dimensi minat berperilaku, yaitu: dimensi perilaku yang menyenangkan (*favorable behavioral dimensions*) dan dimensi perilaku yang tidak menyenangkan (*unfavorable behavioral dimensions*).

#### 1. Dimensi perilaku menyenangkan

Ketika persepsi konsumsi akan kualitas layanan tinggi, minat berperilaku konsumen akan menyenangkan. Ada 3 bentuk dimensi perilaku menyenangkan yaitu: komunikasi dari mulut ke mulut, keinginan untuk membeli dan sensitifitas harga.

- a. komunikasi dari mulut ke mulut merujuk pada orang yang berbagi pengalaman mengenai jasa kepada teman atau saudara (Kim et al., 2009). Ketika konsumen puas dengan jasa atau barang yang diberikan oleh suatu perusahaan, kecenderungan untuk loyal terhadap perusahaan tersebut akan tinggi karena dorongan yang positif.
- b. keinginan untuk membeli sangat dipengaruhi oleh tingkat kepuasan yang tinggi. Semakin tinggi tingkat kepuasan maka makin tinggi pula keinginan konsumen untuk membeli jasa atau produk yang sama di kemudian hari.
- c. sensitifitas harga kurang dirasakan oleh konsumen jika kepuasan akan jasa dan barang yang ditawarkan dicapai. Konsumen cenderung tidak peduli akan perubahan harga jika suatu perusahaan mampu memberikan jasa atau barang yang dapat memenuhi keinginan konsumen.

## 2. Dimensi perilaku tidak menyenangkan

Pada saat kualitas layanan dirasa tidak memuaskan oleh konsumen, maka minat berperilaku konsumen akan menjadi tidak menyenangkan. Bentuk dari dimensi ini adalah perilaku mengeluh. Dengan adanya keluhan oleh konsumen diharapkan perusahaan dapat menjadikannya sebagai masukan untuk mengevaluasi dan memperbaiki layanan sehingga di masa yang akan datang bisa memberikan jasa dan barang yang sesuai dengan harapan konsumen.

### 2.8.2 *Theory of Reasoned Action*

Teori tindakan beralasan (*the theory of reasoned action-TRA*) dikembangkan oleh Azjen dan Fishbein (1980). Teori ini merupakan suatu teori yang berhubungan dengan sikap dan perilaku individu dalam melaksanakan kegiatan. TRA (*Theory of Reasoned Action*) didefinisikan sebagai perasaan positif atau negatif seseorang individu (pengaruh evaluasi) tentang kinerja sikap yang ditargetkan. TRA (*Theory of Reasoned Action*) menjelaskan bahwa minat dari seseorang untuk melakukan (atau tidak melakukan) suatu perilaku yang merupakan penentu langsung dari tindakan atau perilaku seseorang. Berasal dari pengaturan psikologi sosial, TRA (*Theory of Reasoned Action*) terbagi dalam tiga komponen yaitu, niat perilaku, sikap dan norma. Pada tahap awal, perilaku (*behavior*) diasumsikan oleh minat (*intention*). Pada tahap berikutnya minat-minat dapat dijelaskan dalam bentuk sikap terhadap perilaku dan norma-norma subyektif. Tahapan ketiga mempertimbangkan subyektif dalam bentuk kepercayaan-kepercayaan tentang konsekuen suatu perilaku tentang ekspektasi-ekspektasi normatif dari orang-orang yang relevan. Secara keseluruhan, berarti perilaku seseorang dapat dijelaskan dengan mempertimbangkan kepercayaan-kepercayaannya. Miller (2005) mendefinisikan masing-masing dari tiga komponen teori ini sebagai berikut:

1. Sikap merupakan jumlah dari keyakinan tentang perilaku tertentu tertimbang oleh evaluasi dari keyakinan.

2. Norma subjektif adalah melihat pengaruh dari orang-orang di lingkungansosial dan keyakinan orang dengan dihitung pentingnya pendapat mereka akan mempengaruhi perilaku tersebut.
3. Perilaku niat merupakan fungsi dari kedua sikap terhadap perilaku dan normasubjektif terhadap perilaku yang telah ditemukan untuk memprediksi perilakuactual.

TRA bekerja dengan baik jika diterapkan pada perilaku dimana individumemiliki pilihan atau kendali terhadap perilakunya (*volitional control*). Jikaperilaku tidak sepenuhnya berada dalam kendali individu meskipun individusangat bermotivasi oleh sikap dan norma subjektif, individu secara aktual tidakdapat melaksanakan perilakunya karena ada intervensi dari kondisi lingkungan kerja. Menurut Ajzen dan Fishbein (1975), pada intinya, TRA menyatakan bahwa

*“attitudes follow reasonably from the beliefs people hold about the object of attitudes, just as intentions and action follow reasonably from the attitudes”.*

### **2.8.3 Theory of Planned Behavior**

*Theory of Planned Behavior* (TPB) merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA, Ajzen (1988) dalam Ramdhani (2007) menambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, yaitu kontrol perilaku yang dipersepsi (*perceived behavioral control*). Konstruk ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu (Chau dan Hu, 2002). Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).

Model teoritik dari *Teori Planned Behavior* (perilaku yang direncanakan) mengandung berbagai variabel yaitu :

1. Latar belakang (*background factors*), seperti usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat kepribadian, dan pengetahuan) mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal. Di dalam

kategori ini Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media.

2. Keyakinan perilaku atau *behavioral belief* yaitu hal-hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut.
3. Keyakinan Normatif (*Normative Beliefs*), yang berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan yang secara tegas dikemukakan oleh Lewin dalam Field Theory. Pendapat Lewin ini digaris bawahi juga oleh Ajzen melalui PBT. Menurut Ajzen, faktor lingkungan sosial khususnya orang-orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu.
4. Norma subjektif (*subjective norm*) adalah sejauh mana seseorang memiliki motivasi untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukannya (*normative belief*). Kalau individu merasa itu adalah hak pribadinya untuk menentukan apa yang akan dia lakukan, bukan ditentukan oleh orang lain disekitarnya, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukannya. Fishbein & Ajzen (1975) menggunakan istilah *motivation to comply* untuk menggambarkan fenomena ini, yaitu apakah individu mematuhi pandangan orang lain yang berpengaruh dalam hidupnya atau tidak.
5. Keyakinan bahwa suatu perilaku dapat dilaksanakan (*control beliefs*) diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain (misalnya teman, keluarga dekat) melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai

suatu perilaku akan dapat dilaksanakan ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya, dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku.

6. Persepsi kemampuan mengontrol (*perceived behavioral control*), yaitu keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku itu. Ajzen menamakan kondisi ini dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceived behavioral control*). Niat untuk melakukan perilaku (*intention*) adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana kalau dia memilih untuk melakukan perilaku tertentu itu dia mendapat dukungan dari orang-orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya.

### **1.9 Pengaruh Kualitas Pelayanan dan *Perceived Value* terhadap Kepuasan Pelanggan dan Dampaknya terhadap Minat Berperilaku**

Pengaruh kualitas layanan terhadap minat berperilaku ada dua yaitu pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung melalui kepuasan pelanggan atau pengaruh moderasi oleh kepuasan pelanggan (Boluding et al., 2001). Untuk pengaruh langsung, banyak penelitian dilakukan pada industri yang berbeda menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan merupakan anteseden minat berperilaku (Boshoff dan gray, 2004; Bou-Llusar et al., 3001; Parasuraman et al., 1985, 1988; zeithaml et al., 1996 dalam Shyh-Jane Li, 2010). Dalam bidang kesehatan, banyak bukti juga menunjukkan memang ada pengaruh langsung (Gooding, 1995; O'Connor et al., 2000; Wu et al., 2008).

Mengenai pengaruh mediasi kualitas pelayanan yang dirasakan dan minat berperilaku, kepuasan pelanggan umumnya dianggap sebagai mediator (Bou-

Llusar et al., 2001 dalam Shyh-jane Li, 210). Sifat konseptual hubungan ini menunjukkan bahwa kepuasan adalah prediktor yang lebih relevan minat berperilaku dari kualitas pelayanan (Fullerton dan Taylor, 2002). Bukti pengaruh mediasi kepuasan pelanggan ditemukan di banyak industri jasa termasuk pelayanan kesehatan (O'Connor et al., 1991; Shemwell et al., 1998; Zeithaml et al., 1996 dalam Shyh-Jane Li, 2010). Pengaruh langsung dan tidak langsung didasarkan pada asumsi bahwa hubungan antara ketiga konstruksi adalah linear (Taylor dan baker, 1994 dalam Shyh-Jane Li, 2010). Seharusnya da hubungan nonlinear antara kualitas pelayanan yang dirasakan dan kepuasan (Falk et al., 2010; Pollack, 2008; Taylor dan Baker, 1994 dalam Shyh-Jane Li, 2010), dan keberaddaan pengaruh moderasi diabaikan. Dua teori utama menunjukkan bahwa harus ada pola hubungan alternative. Teori yang pertama menunjukkan bahwa harus ada hubungan alternatif yaitu teori zona toleransi dan teori lain didasarkan pada dua factor teori Herzberg (Pollack, 2008) dalam Shyh-Jane Li (2010). Pollack (2008) memberikan bukti bagi keberadaan hubungan non linear antara beberapa layanan berkualitas dan kepuasan dan dua jenis non linear pola diidentifikasi. Namun ada bukti empiris yang bertentangan dengan dampak moderasi persepsi pelanggan mengenai kualitas pelayanan dan kepuasan pada minat berperilaku mereka. Taylor dan Baker (1994) menganalisis hubungan antara ketiga konstruksi di empat sector layanan (komunikasi, pelayanan lalu lintas, hiburan dan perawatan kesehatan). Mereka menemukan pengaruh moderasi ada di tiga dari empat sector layanan (kecuali perawatan kesehatan), dan pengaruh kepuasan lebih penting daripada pengaruh kualitas pelayanan yang dirasakan. Pada tahun 1997, mereka memverifikasi peran moderasi kepuasan pelanggan bagi rumah sakit yang berorientasi profit dan non profit (Baker dan Taylor, 1997 dalam Shyh-Jane Li, 2010). Meskipun hasil mendukung perspektif bahwa kepuasan lebih erat hubungannya dengan perilaku konsumen daripada persepsi kualitas, sampai saat ini masih belum ada pengaruh moderasi yang signifikan dalam dua jenis rumah sakit tersebut. Bou-Llusar et al.(2010) dalam Shyh-Jane Li (2010). memilih industry keramik untuk menguji hubungan antara persepsi kualitas, kepuasan dan minat berperilaku. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa

kepuasan merupakan mediator antara hubungan kualitas pelayanan yang dirasakan dan minat berperilaku, namun tidak ada bukti adanya pengaruh moderasi. Lin (2005) dalam Shyh-Jane Li (2010) mendiskusikan adanya pengaruh moderasi dalam industry bank dan menemukan bahwa kepuasan merupakan mediator antara hubungan kualitas pelayanan dan minat berperilaku.

Patterson dan Spreng (1997) menyatakan bahwa nilai pelanggan dimediasi oleh kepuasan dalam mempengaruhi minat berperilaku. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fornell et al.(1996) yang menyatakan bahwa pengaruh nilai pelanggan terhadap minat berperilaku dimediasi oleh kepuasan pelanggan. Lam et al. (2004) menemukan bahwa kepuasan pelanggan merupakan mediator bagi hubungan antara nilai pelanggan dan loyalitas pelanggan termasuk minat membeli kembali dan minat untuk merekomendasikan. Dari teori diatas, sudah jelas bahwa hubungan antara nilai pelanggan dan minat berperilaku dimediasi oleh kepuasan pelanggan. Untuk tetap menggunakan suatu produk atau jasa dan merekomendasikan kepada orang lain mengenai suatu produk dan jasa, pelanggan harus memiliki penilaian mengenai suatu produk atau jasa yang dikonsumsi, apakah mereka puas atau tidak puas. Sulit bagi pelanggan untuk menunjukkan minat nya terhadap suatu produk atau jasa bila mereka tidak melakukan penilaian terlebih dahulu. Karena itu, tingkat minat berperilaku pelanggan akan sangat tergantung pada tingkat kepuasannya (Wahyuningsih, 2005).

## **BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN**

### **3.1 Desain Penelitian**

Suatu penelitian yang baik, pasti memiliki desain penelitian, menurut Malhotra (2010) desain penelitian adalah kerangka kerja untuk melaksanakan riset pemasaran dimana desain penelitian merinci detail prosedur untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk menyusun dan/atau memecahkan masalah riset.

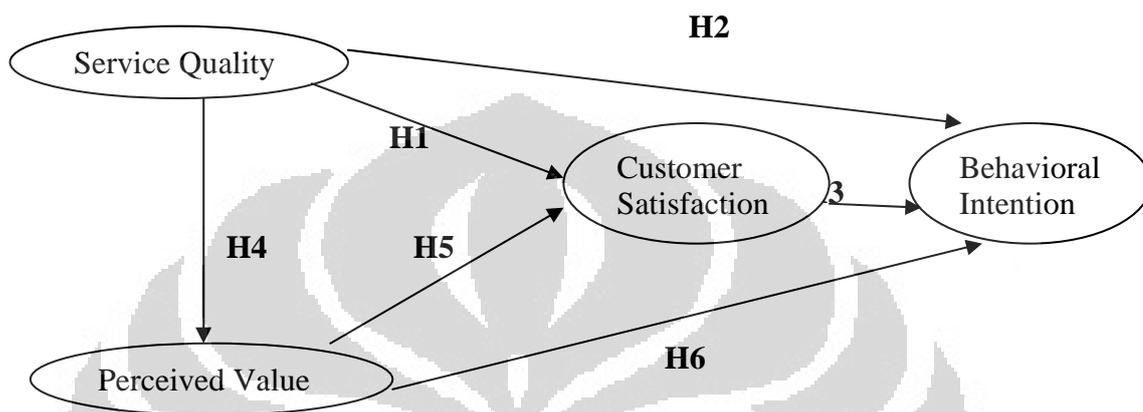
Desain penelitian secara luas dapat diklarifikasikan menjadi eksploratif dan konklusif (Malhotra, 2010). Klasifikasi konklusif terbagi menjadi dua yaitu deskriptif dan kausal. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Penelitian ini dilakukan secara deskriptif yaitu dengan menggambarkan atau mendeskripsikan sesuatu baik karakteristik maupun fungsi.

### **3.2 Model dan Hipotesis Penelitian**

Penelitian ini bersumber dari penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Kui-Son Choi, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee dan Chankon Kim pada tahun 2004 di Korea. Penelitian tersebut dipublikasikan di media jurnal *online* Elsevier dengan judul “*The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice : A South Korean Study*”.

Penelitian tersebut mengusulkan model integrasi kepuasan konsumen jasa kesehatan berdasarkan hubungan yang sudah ada antara kualitas pelayanan, *value*, kepuasan pasien dan *behavioral intention* dalam konteks jasa pelayanan kesehatan di Korea Selatan. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa diantara dua konstruk kognitif yaitu kualitas pelayanan dan *value*, kualitas pelayanan merupakan faktor penting yang dapat menghasilkan kepuasan pasien dibandingkan dengan *value*. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dan *value* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *behavioral intention*, sementara *value* dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang dirasakan.

Berikut adalah gambar model penelitian yang bersumber dari penelitian yang dilakukan oleh Kui-Son Choi, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee dan Chankon Kim (2004).



**Gambar 3.1 Model Penelitian**

Sumber : Kui-Son Choi, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee, Chankon Kim (2004) (Journal of Business Research 57 (2004) pp 913 – 921)

### 3.2.1 Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pelanggan

Hubungan antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pelanggan banyak diperdebatkan dalam beberapa penelitian. kualitas pelayanan merupakan antecedent dari kepuasan pelanggan memang merupakan konsep yang paling dapat dibuktikan kebenarannya dari berbagai penelitian yang meneliti hubungan kedua konstruk tersebut (Parasuraman et al., 1988; Woodside, Frey dan daly, 1989 dalam Brady et al., 2002; Rust dan Oliver, 1994 dalam Brady et al, 2002; Caruana, 2002). Namun beberapa penelitian menganggap justru kepuasan pelanggan sebagai antecedent kualitas pelayanan dengan asumsi kualitas pelayanan dianalogikan sebagai suatu sikap, dimana kepuasan menjadi mediator dalam membentuk persepsi konsumen akan kualitas pelayanan saat ini berdasarkan pengalaman mereka akan kualitas pelayanan pada transaksi sebelumnya (Oliver, 1980 dalam Cronin dan Taylor, 1992; Bitner et al., 1990

dalam Brady et al., 2002; Bolton dan Drew, 1991 dalam Cronin dan Taylor, 1992). Dalam penelitian ini, peneliti mencoba untuk mendukung konsep yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan antecedent dari kepuasan pelanggan. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis sebagai berikut :

H1 : Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan

### **3.2.2 Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap *Behavioral Intention***

Beberapa penelitian menyatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan antecedent dari *behavioural intention* (Bitner, 1990; Boulding et al., 1993; Zeithaml et al., 1996 dalam Choi et al., 2004). Banyak bukti pemasaran pelayanan kesehatan yang berhasil dikumpulkan menyatakan pengaruh persepsi kualitas pelayanan terhadap *behavioral intention* pasien (Gooding, 1995; Headley dan Miller, 1993; Reidenbach dan Sandifer-Smallwood, 1990). Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai pengaruh kualitas pelayanan terhadap *Behavioral Intention*. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis kedua sebagai berikut :

H2 : Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap *behavioral intention*

### **3.2.3 Pengaruh Kepuasan Pelanggan terhadap *Behavioral Intention***

Bukti adanya pengaruh yang signifikan antara kepuasan pelanggan dan *behavioral intention* dapat ditentukan dalam berbagai bidang jasa pelayanan, termasuk jasa pelayanan kesehatan (Anderson dan Sullivan, 1993; Bitner, 1990; Reicheld, 1996; Woodside dan Shinn, 1988; Woodside et al., 1989 dalam Choi et al., 2004). Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai pengaruh kepuasan pelanggan terhadap *Behavioral Intention*. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis sebagai berikut :

H3 : Kepuasan pelanggan secara positif berpengaruh terhadap *behavioral intention*

### 3.2.4 Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap *Perceived Value*

Konsep nilai pelanggan adalah hampir sama dengan konsep pertukaran barang yang kita kenal dengan istilah barter. Dalam sistem ini masing-masing pihak saling bertukar barang. Masing-masing pihak berusaha agar barang yang ditukar setara nilainya dengan barang yang diterima. Dengan kata lain, nilai pelanggan adalah pertukaran antara manfaat yang ada dalam suatu produk atau jasa (kualitas, pelayanan dan *image*) dengan pengorbanan yang dikeluarkan untuk mendapatkan manfaat (biaya, stres, waktu) (Johnson & Weinstein, 2004). Atas dasar pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persepsi value terhadap suatu jasa pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap persepsi kualitas pelayanan (Cronin et al., 1997; Gooding, 1995). ). Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai pengaruh kualitas pelayanan terhadap *perceived value*. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis sebagai berikut :

H4 : Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap *perceived value*

### 3.2.5 Pengaruh *Perceived Value* terhadap Kepuasan Pelanggan

Penelitian mengenai hubungan antara *perceived value* dan kepuasan pelanggan sangat jarang ditemukan kecuali penelitian yang dilakukan oleh Fornell et al., 1996; Patterson dan Spreng, 1997 (Choi et al., 2004). Kualitas pelayanan adalah antecedent kepuasan pelanggan dan gagasan pertukaran antara manfaat dan pengorbanan dalam evaluasi pelayanan belum mendapat perhatian. *Perceived value* merupakan konsekuensi antara manfaat yang dirasakan dengan pengorbanan yang dikeluarkan, dimana kepuasan pelanggan merupakan respon afeksi terhadap evaluasi pelayanan. Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai pengaruh *perceived value* terhadap kepuasan pelanggan. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis sebagai berikut :

H5 : *Perceived value* secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan

### 3.2.6 Pengaruh *Perceived Value* terhadap *Behavioral Intention*

Hubungan antara *perceived value* juga diharapkan dapat mempertahankan tingkat pembelian layanan jasa kesehatan (Fornell et al., 1996; Patterson dan Spreng, 1997 dalam Choi et al., 2004). Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai pengaruh *perceived value* terhadap *behavioral intention*. Hal ini ditunjukkan dengan munculnya hipotesis sebagai berikut :

H6 : *Perceived value* secara positif berpengaruh terhadap *behavioral intention*

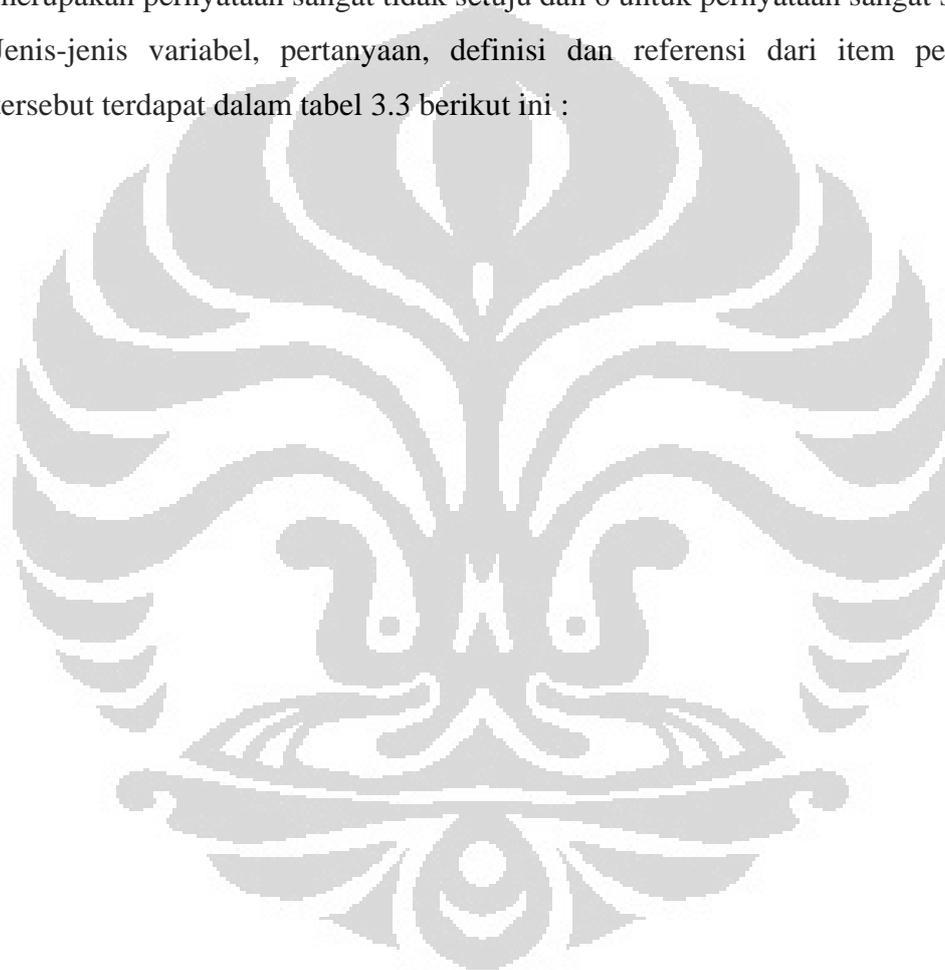
### 3.3. Operasionalisasi Variabel Penelitian

Operasionalisasi variabel bertujuan untuk menyusun variabel pengukuran dalam penelitian ini. Ada dua jenis variabel yang terdapat dalam *structural equation modelling*, yaitu variabel laten dan variabel teramati. Variabel laten merupakan konsep abstrak. Variabel ini hanya diamati secara tidak langsung dan tidak sempurna melalui efeknya pada variabel teramati. Variabel laten sendiri terdiri dari variabel laten eksogen dan variabel laten endogen. Variabel laten eksogen adalah variabel independen yang selalu muncul sebagai variabel bebas pada semua persamaan yang muncul dalam model. Variabel ini ditentukan oleh faktor-faktor yang berasal dari luar model. Pada model SEM (*Structural Equation Model*), variabel laten eksogen ini ditunjukkan dengan adanya anak panah yang berasal dari variabel tersebut menuju ke variabel laten endogen.

Variabel kedua adalah variabel laten endogen yang merupakan variabel dependen yang terikat pada paling sedikit satu persamaan dalam model, meskipun di semua persamaan sisanya variabel tersebut adalah variabel bebas. Pada model SEM (*Structural Equation Model*), variabel laten endogen ini ditunjukkan dengan anak panah yang menuju variabel tersebut (Santoso, 2007 dan Wijanto 2008).

Pada konstruk kualitas pelayanan, terdapat 4 dimensi yaitu *tangible*, kenyamanan proses perawatan, pelayanan staf rumah sakit dan pelayanan dokter, dengan total pertanyaan sebanyak 21 item yang berasal dari penelitian yang telah dilakukan Choi et al. (2004). Sementara itu pada konstruk *value* yang terdiri dari 3 item pertanyaan, peneliti mengadopsi dari penelitian yang telah dilakukan oleh

Zeithaml (1998) dalam Choi et al. (2004); Sweeney dan Soutar's (2001). Pada konstruk kepuasan pelanggan terdiri dari 4 item pertanyaan yang berasal dari penelitian yang dilakukan Choi et al. (2004); Shyh-Jane Li dan Yu-Ying Huang (2010) dan konstruk yang terakhir, *behavioral intention* yang terdiri dari 3 item pertanyaan yang berasal dari penelitian yang dilakukan oleh Choi et al. (2004) . Responden diberi pilihan untuk menjawab pertanyaan yang ada di dalam kuesioner dengan menggunakan skala Likert 1 sampai dengan 6, dimana 1 merupakan pernyataan sangat tidak setuju dan 6 untuk pernyataan sangat setuju. Jenis-jenis variabel, pertanyaan, definisi dan referensi dari item pertanyaan tersebut terdapat dalam tabel 3.3 berikut ini :



Tabel 3.1 Operasionalisasi Variabel Penelitian

Variabel	Definisi	Indikator	Referensi	Jenis skala pengukuran
<i>Screening Question</i> (2 pertanyaan )		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah anda dalam satu tahun terakhir berobat ke luar negeri?</li> <li>• Apakah anda dalam tiga bulan terakhir berobat ke rumah sakit swasta di dalam negeri?</li> </ul>		Nominal
Kenyamanan proses perawatan	Kenyamanan yang dirasakan oleh pasien ketika menjalani perawatan di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosedur tes laboratorium nyaman bagi pasien.</li> <li>• Tes laboratorium dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan.</li> <li>• Prosedur pembayaran cepat dan simpel.</li> <li>• Proses untuk membuat perjanjian simpel dan mudah.</li> </ul>	K-S Choi et al. (2004)	Interval
Pelayanan staf rumah sakit	Kemampuan dari penyedia jasa untuk memberikan pelayanan terbaik dan perhatian kepada pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para perawat bersikap ramah</li> <li>• Para perawat menjelaskan proses pengobatan secara jelas.</li> <li>• Staff rumah sakit selalu sebisa mungkin mencoba menolong pasien</li> <li>• Staff rumah sakit tulus memperhatikan saya.</li> <li>• Koordinasi yang baik antar sesama staff rumah sakit</li> </ul>	K-S Choi et al. (2004)	Interval

Tabel 3.1 Operasionalisasi Variabel Penelitian (lanjutan)

Variabel	Definisi	Indikator	Referensi	Jenis skala pengukuran
Pelayanan dokter	Kemampuan dari dokter untuk mendiagnosa, memberikan alternatif pengobatan, mengobati, memberikan informasi yang lengkap dan memberikan perhatian kepada pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter di rumah sakit ini bersikap sopan.</li> <li>• Dokter menjelaskan kondisi penyakit, hasil pemeriksaan dan proses pengobatan saya secara lengkap.</li> <li>• Dokter mengizinkan saya untuk bertanya banyak hal tentang penyakit saya hingga jelas.</li> <li>• Dokter memberikan pilihan pengobatan untuk menyembuhkan penyakit saya.</li> <li>• Dokter membuat saya merasa nyaman</li> </ul>	K-S Choi et al. (2004)	Interval
<i>Tangible</i>	Penampilan dari penyedia jasa. Termasuk didalamnya adalah bangunan, staff dan peralatan dari penyedia jasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peralatan medis modern</li> <li>• Ruang tunggu dokter bersih</li> <li>• Temperatur ruang tunggu dokter membuat saya nyaman ketika menunggu waktu periksa</li> <li>• Ruang tunggu dokter nyaman (dilengkapi televisi, koran dan majalah edisi terbaru)</li> <li>• Jumlah tempat duduk di ruang tunggu dokter cukup</li> <li>• Tersedia papan petunjuk yang memudahkan pasien mencari ruangan dokter, farmasi, laboratorium, radiologi dan tempat lain.</li> </ul>	K-S Choi et al. (2004)  Ramsaran-Fowdar (2004/2005)	Interval

Tabel 3.1 Operasionalisasi Variabel Penelitian (lanjutan)

Variabel	Definisi	Indikator	Referensi	Jenis skala pengukuran
<i>Value</i>	Selisih antara harga tertinggi yang konsumen bersedia membayar untuk suatu produk atau layanan dan jumlah yang dibayarkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uang yang saya bayarkan untuk pelayanan kesehatan yang saya terima sudah sesuai.</li> <li>• Kualitas pelayanan kesehatan yang saya terima jauh lebih baik dari biaya yang saya keluarkan.</li> <li>• Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat uang yang saya keluarkan tidak sia-sia.</li> <li>• Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat waktu yang saya keluarkan tidak sia-sia.</li> </ul>	Zeithaml (1998) dalam K-S Choi et al. (2004) Sweeney dan Soutar's (2001)	Interval
<i>Satisfaction</i>	Penilaian konsumen terhadap pelayanan yang dirasakannya yang sesuai atau melebihi ekspektasinya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saya merasa PUAS karena telah memilih rumah sakit ini sebagai tempat berobat.</li> <li>• Saya merasa rumah sakit ini merupakan pilihan yang tepat untuk memeriksakan kesehatan</li> <li>• Saya PUAS dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit ini</li> <li>• Pelayanan kesehatan di rumah sakit ini lebih baik dari yang saya harapkan.</li> </ul>	Choi et al., 2004  Wu et al., Shyh-Jane Li dan Yu-Ying Huang, 2010	Interval
<i>Behavioral Intentions</i>	Intensi perilaku konsumen setelah membeli suatu produk/jasa, apakah tetap menggunakan produk/ jasa dari suatu perusahaan atau pindah menggunakan produk/jasa yang ditawarkan perusahaan lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saya akan merekomendasikan supaya orang lain menggunakan jasa rumah sakit ini.</li> <li>• Bila suatu saat saya sakit, saya akan mempertimbangkan rumah sakit ini sebagai pilihan pertama.</li> <li>• Saya akan menceritakan kepada orang lain hal-hal positif mengenai rumah sakit ini.</li> </ul>	Choi et al., 2004	Interval

Tabel 3.1 Operasionalisasi Variabel Penelitian (lanjutan)

Variabel	Definisi	Indikator	Referensi	Jenis skala pengukuran
Profil responden (5 pertanyaan)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis Kelamin</li> <li>• Usia</li> <li>• Pendidikan Terakhir</li> <li>• Pekerjaan anda saat ini</li> <li>• Rata-rata pendapatan per bulan (dalam rupiah)</li> </ul>		Nominal  Ordinal  Ordinal  Ordinal  Ordinal

Sumber : Data diolah oleh peneliti 2012

### 3.4. Metode Pengumpulan Data dan Penggunaan Skala

Data yang diperoleh dari hasil penyebaran kuesioner secara *online* yang diisi oleh 155 orang responden yang telah memenuhi syarat karakteristik responden dan telah lolos *screening question* yang terdapat di dalam kuesioner. Kuesioner diisi sendiri oleh responden (*self-administered questionnaire*) secara langsung maupun secara *online* melalui *e-mail* atau jejaring sosial seperti *facebook*. Ada tiga tujuan utama penggunaan kuesioner dalam pengumpulan (Malhotra, 2010) yaitu:

- a) Kuesioner mampu mengartikan informasi yang dibutuhkan dalam bentuk item-item pertanyaan yang spesifik sehingga responden mau dan mampu untuk menjawab pertanyaan yang ada.
- b) Membuat responden ikut serta dalam proses pengambilan data dan informasi yang dibutuhkan yang diperoleh melalui kuesioner.
- c) Kuesioner digunakan untuk mengurangi kesalahan respon yang datang dari para responden (*response error*).

Peneliti menggunakan teknik *convenience sampling* yaitu teknik pengambilan sampel, dimana peneliti memilih sampel dari anggota populasi yang mudah dijangkau oleh peneliti karena mereka berada pada tempat dan waktu yang tepat sesuai ruang lingkup penelitian ini (Malhotra, 2010). *Convenience sampling* dipilih oleh peneliti karena kelebihanannya yaitu biaya dan waktu yang dikeluarkan lebih sedikit. Penelitian ini dilakukan terhadap responden yang pernah berobat ke rumah sakit di Singapura dan Malaysia dalam kurun waktu satu tahun terakhir dan responden yang pernah berobat di rumah sakit swasta di Jakarta dalam kurun waktu tiga bulan terakhir. Kurun waktu selama tiga bulan terakhir ini dilakukan agar data penelitian lebih reliabel. Crowder (1976) dalam penelitian yang dilakukan oleh Hair et. al., (2009) menyatakan *recency bias theory* yang mengindikasikan bahwa semakin baru (*recent*) suatu kejadian (*event*) atau ingatan (*memories*), maka akan semakin mudah untuk didiskriminasi (Hapsari, 2009).

Dalam mengumpulkan informasi dan data yang diperlukan, penelitian ini menggunakan *cross-sectional design*, yaitu suatu desain penelitian yang mengumpulkan informasi dari sample tertentu yang hanya dilakukan satu kali

(Malhotra, 2010). Lebih tepatnya adalah *single cross sectional*, dimana kegiatan pengumpulan data dilakukan dari satu responden untuk satu waktu. Selain itu, dalam kuesioner penelitian ini, skala yang digunakan adalah skala Likert dengan rentang 1-6 dimana angka 1 mengindikasikan 'sangat tidak setuju' dan angka 6 mengindikasikan 'sangat setuju'. Skala Likert memungkinkan responden untuk mengindikasikan tingkat kesetujuan atau ketidaksetujuannya pada setiap pertanyaan yang terkait dengan objek tertentu. Penggunaan skala genap untuk menghindari keenganan responden dalam menjawab pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner. Selain itu berdasarkan uji coba pengisian kuesioner dengan skala yang terlalu lebar akan mengakibatkan kuesioner tersebut ditinggalkan begitu saja oleh responden (Maddox, Mehta dan Daubex, 1997 dalam Ayuning, 2007).

Untuk data sekunder, pengumpulan data dilakukan dengan studi literatur dan pencarian data di jurnal-jurnal terkemuka yang meneliti topik sejenis.

### **3.5. Metode Penarikan Sampel dan Penentuan Jumlah Responden**

Ukuran sampel yang digunakan dalam sebuah penelitian yang menggunakan metode penelitian *Structural Equation Model*, Hair et al., (2006) dalam Hapsari (2009) menyarankan bahwa paling rendah rasio lima responden per variabel teramati akan mencukupi untuk distribusi normal ketika sebuah variabel laten mempunyai beberapa indikator (variabel teramati) dan rasio 10 responden per variabel teramati akan mencukupi untuk distribusi yang lain. Dalam penelitian ini jumlah sampel minimum yang diperlukan adalah sebanyak  $31 \times 5 = 155$  sampel.

### **3.6. Pretesting Kuesioner**

*Prestesting* merupakan langkah yang dilakukan dalam sebuah penelitian untuk menguji kuesioner yang telah disusun kepada sejumlah kecil sampel dari responden yang bertujuan untuk mengetahui apakah indikator-indikator yang digunakan valid dan reliabel untuk mengukur suatu konstruk. *Pretesting* dilakukan kepada 30 orang yang termasuk dalam karakteristik responden yang telah ditentukan dalam penelitian ini. Jumlah sampel 15-30 responden sesuai dengan heterogenitas dari target populasi yang diinginkan (Malhotra, 2010).

Tahap-tahap yang harus dilalui dalam pengumpulan data dalam penelitian ini antara lain adalah tahap *screening questions*, tahap pertanyaan inti dan tahap profil responden. Pada tahap pertama, diawali dengan pertanyaan, apakah responden pergi berobat ke rumah sakit di Singapura atau Malaysia dalam satu tahun terakhir. Bila jawaban responden “tidak”, maka lanjut ke pertanyaan berikutnya yaitu apakah responden pergi berobat ke rumah sakit swasta di Jakarta dalam kurun waktu tiga bulan terakhir. Tahap pertama ini bertujuan untuk mengetahui bahwa responden yang mengisi kusioner ini sesuai dengan karakteristik responden yang telah ditetapkan dan juga agar responden dapat bersikap konsisten dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner yang berkaitan dengan penelitian ini. Bagi responden yang tidak memenuhi ketentuan karakteristik responden yang telah ditetapkan dalam penelitian ini, maka secara otomatis responden tersebut tidak termasuk dalam perhitungan.

Tahap selanjutnya adalah tahap pertanyaan inti yang meliputi pertanyaan dari empat konstruk utama sesuai dengan model penelitian yang ada yaitu kualitas pelayanan, *value*, kepuasan pelanggan, dan *behavioral intention*.

1. Kualitas pelayanan terdiri dari 20 item pertanyaan, yang terdiri dari :
  - a. *Tangible*, sebanyak enam pertanyaan
  - b. Kenyamanan proses perawatan, sebanyak empat pertanyaan
  - c. Pelayanan staf rumah sakit, sebanyak lima pertanyaan
  - d. Pelayanan dokter, banyak lima pertanyaan
2. *Value* sebanyak empat pertanyaan
3. Kepuasan pelanggan sebanyak empat pertanyaan
4. *Behavioral intention* sebanyak tiga pertanyaan

Tahap terakhir adalah tahap pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan profil responden, yang terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, rata-rata pengeluaran per bulan dan negara tujuan berobat.

### 3.7 Metode Pengolahan Data

#### 3.7.1 Distribusi Frekuensi

Analisis frekuensi berguna untuk memberikan gambaran mengenai profil dari responden seperti jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir dan pengeluaran per bulan.

#### 3.7.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas instrumen dalam penelitian ini didasarkan pada *face validity* yang merupakan evaluasi subjektif yang ditujukan untuk mengevaluasi pemahaman dari responden terhadap instruksi dan *wording* kuesioner melalui *pilot study* (Malhotra, 2010) serta didasarkan pada pengujian *factor loading* guna mengetahui sejauh mana suatu indikator pengukuran mewakili keseluruhan karakteristik yang diukur. Sebuah alat ukur dapat dikatakan valid, jika memiliki nilai *factor loading* lebih besar dari 0.5 (Hair et al., 2006) perhitungan *factor loading* akan menggunakan bantuan *software* SPSS 16.

Uji reliabilitas adalah suatu pendekatan yang dilakukan untuk mengukur kehandalan atau reliabilitas dimana responden termasuk dalam cakupan skala yang sama pada dua waktu yang berbeda dengan kondisi yang dianggap sama (Wijaya, 2009). Peneliti melakukan uji reliabilitas untuk mengukur konsistensi dan reliabilitas pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner terhadap variabelnya. Pengujian reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *reliability analysis* yaitu metode koefisien alpha (*Cronbach's Alpha*). Besarnya koefisien alpha bervariasi dari 0 sampai 1. Menurut Malhotra (2010), dengan melihat batas nilai Alpha Cronbach's sebesar 0.6 maka pertanyaan dalam kuesioner dianggap sudah *reliable*, konsisten dan relevan terhadap variabel atau faktor dalam penelitian. Bila terbukti skala dalam kuesioner ini dapat diandalkan maka hal ini akan meningkatkan kepercayaan terhadap kehandalan penelitian ini (Hair et al., 2006). Perhitungan *Cronbach's Alpha* akan menggunakan bantuan *software* SPSS 16.

### 3.7.3 Metode *Structural Equation Modelling* (SEM)

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *Structural Equation Modelling* atau biasa disingkat menjadi SEM. SEM adalah salah model pengujian statistik yang menganalisis hubungan yang terjadi pada variabel (Hair, 2008). Menurut Hair (2008) ada tiga karakteristik dalam metode SEM, yaitu :

1. Metode SEM dapat mengestimasi *multiple interrelated dependence relationships* atau susunan beberapa persamaan regresi berganda yang terpisah tetapi saling berkaitan.
2. Metode SEM memiliki kemampuan untuk menunjukkan konsep yang tidak teramati serta hubungan-hubungan yang ada didalamnya dan perhitungan terhadap kesalahan-kesalahan pengukuran dalam proses estimasi.
3. Metode SEM mampu mendefinisikan model untuk menjelaskan rangkaian hubungan yang ada pada variabel.

Dalam metode *Structural Equation Modelling* ini dikenal dua jenis variabel (Wijanto, 2008), yaitu :

- Variabel Laten

Variabel laten adalah konsep yang dihipotesiskan dan hanya diamati secara tidak langsung melalui efeknya pada variabel teramati (Wijanto, 2008). Terdapat dua jenis variabel, yaitu variabel eksogen sebagai variabel bebas pada persamaan-persamaan dalam model, serta variabel endogen sebagai variabel yang terikat pada aling sedikit satu persamaan model. Salah satu perbedaan SEM dengan regresi biasa adalah pada variabel bebas pada suatu persamaan bisa menjadi variabel terikat pada persamaan lain (Wijanto, 2008).

- Variabel Teramati

Variabel teramati (*Observed Variable*) atau variabel terukur adalah variabel yang dapat diukur secara empiris dan sering disebut sebagai indikator (Wijanto, 2008). Pertanyaan pada kuesioner mewakili sebuah variabel teramati.

Pengolahan data dengan menggunakan SEM dilakukan bertahap. Tahap pertama adalah dengan melakukan estimasi untuk masing-masing model pengukuran (*measurement model*) terhadap setiap konstruk yang akan digunakan

dalam penelitian ini. Tahap kedua adalah dengan melakukan estimasi secara simultan untuk model struktural (*structural model*) sehingga terlihat hubungan antara variabel bebas dan terikat secara keseluruhan.

#### 3.7.4 Analisis Model Pengukuran

Tahap pertama dalam teknik *Structural Equation Modelling* (SEM) adalah melakukan analisis model pengukuran. Model pengukuran dalam *Structural Equation Modelling* atau SEM adalah model pengukuran kon-generik, dimana setiap ukuran atau variabel teramati hanya berhubungan dengan satu variabel laten, dan semua kovariansi diantara variabel-variabel teramati adalah sebagai akibat dari hubungan antara variabel teramati dan variabel laten (Wijanto, 2008). Tujuan dari tahap pertama pengolahan SEM ini adalah untuk mengetahui hubungan yang terjadi antara sebuah variabel laten dengan beberapa variabel teramati/indikator dan untuk mengkonfirmasi apakah variabel-variabel teramati merupakan ukuran yang tepat bagi variabel laten. Analisis terhadap model pengukuran ini biasa disebut *confirmatory factor analysis* atau disebut CFA. Hasil akhir dari CFA diperoleh melalui tiga tahap analisis validitas model, analisis reliabilitas model dan uji kecocokan model.

#### 3.7.5 Teknik Analisis Data

Data-data yang ada dalam penelitian ini dianalisis dengan bantuan *software* SPSS 16 dan LISREL 8.51. *Software* SPSS 16 digunakan untuk menganalisis :

- Analisis distribusi frekuensi yang digunakan untuk menggambarkan data jumlah persentase dari profil responden.
- Analisis faktor bertujuan untuk mencoba menemukan hubungan antar sejumlah variabel yang saling berhubungan satu dengan yang lain, sehingga dapat dibuat satu atau beberapa kumpulan variabel yang lebih sedikit dari jumlah variabel awal. Pengujian pada analisis faktor menggunakan beberapa metode, antara lain metode *Bartlett Test of Sphericity* dan *indeks Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* serta pengukuran *Measure of Sampling Adequacy (MSA)*. Jika nilai KMO lebih besar

pheridari nilai 0.5 dan nilai *Bartlett Test of Sphericity* kurang dari 0.05, maka variabel dan sampel yang ada secara keseluruhan dapat dianalisis lebih lanjut dan sampel yang ada dianggap telah cukup untuk penelitian selanjutnya. Selanjutnya, metode *principal component analysis* digunakan untuk proses ekstraksi terhadap sekumpulan variabel yang ada dengan mengacu pada angka *eigenvalues*. Jika nilai *eigenvalues* tersebut lebih besar dari 1, maka faktor yang ada semakin merepresentasikan variabel yang ada (Malhotra, 2010 dan Santoso, 2006).

Selain menggunakan *software* SPSS 16, peneliti juga menggunakan *software* LISREL 8.51, yang digunakan untuk melakukan analisis sebagai berikut ini :

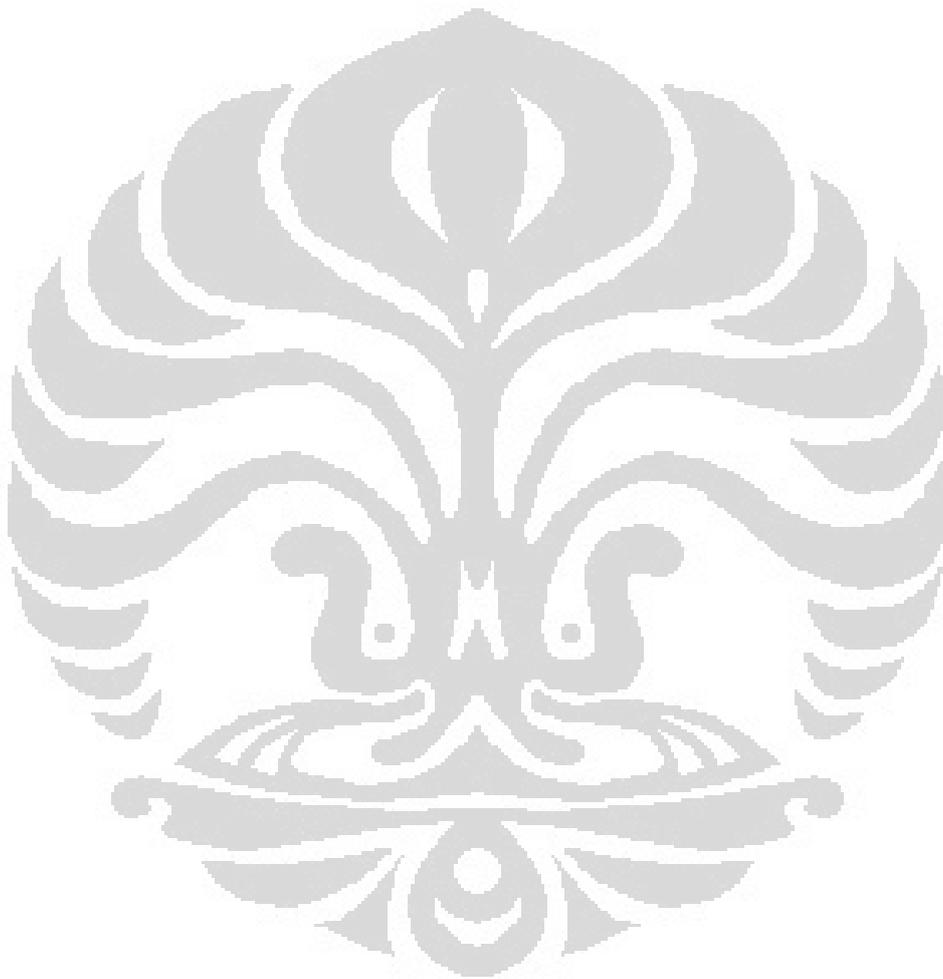
- *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* yang digunakan untuk melihat tingkat kecocokan sebuah model. Analisis CFA ini juga digunakan untuk mengetahui apakah indikator-indikator yang ada memang benar-benar dapat menjelaskan sebuah konstruk dalam penelitian (Hair, 2006). Untuk mengetahui *overall model fit* akan dievaluasi pengujian dengan kriteria *fit indices* sebagai berikut :
  - *Chi Square P*  
Dinyatakan dalam bentuk spesifikasi ulang dari Chi Square. Penilaian didasarkan atas perbandingan dengan model lain. Semakin kecil nilai Chi Square akan semakin baik. (Wijanto, 2008).
  - *Non Centrality Parameter (NCP)*  
Mengikuti nilai uji statistik yang berkaitan dengan persyaratan signifikan. Semakin kecil nilai NCP akan semakin baik. (Wijanto, 2008).
  - *Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)*  
Rata-rata perbedaan per *degree of freedom* yang diharapkan terjadi dalam populasi dan bukan dalam sampel. Nilai RMSEA kurang dari sama dengan 0.08 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai RMSEA kurang dari 0.05, maka dapat dianggap *close fit* (Wijanto, 2008).

- *Expected Cross Validation Index (ECVI)*  
Digunakan untuk perbandingan antar model. Semakin kecil nilai ECVI akan semakin baik. Pada model tunggal, nilai ECVI dari model yang mendekati nilai *saturated* ECVI mengindikasikan *good fit* (Wijanto, 2008).
- *Akaike Information Criterion (AIC)*  
Nilai positif lebih kecil menunjukkan parsimoni lebih baik. Pada model tunggal, nilai AIC dari model yang mendekati nilai *saturated* AIC mengindikasikan *good fit* (Wijanto, 2008).
- *Concentrated Akaike Information Criterion (CAIC)*  
Nilai positif lebih kecil menunjukkan parsimoni lebih baik. CAIC digunakan untuk perbandingan antar model. Pada model tunggal. Nilai CAIC dari model yang mendekati nilai *saturated* CAIC mengindikasikan *good fit* (Wijanto, 2008).
- *Normed Fit Index (NFI)*  
Nilai NFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai NFI lebih besar dari atau sama dengan 0.9 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai AGFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- *Non Normed Fit Index (NNFI)*  
Nilai NNFI berkisar antar 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai NNFI yang lebih besar atau sama dengan 0.9 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai NNFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- *Comparative Fit Indices (CFI)*  
Nilai CFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai CFI lebih besar dari 0.90 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai CFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).

- *Incremental Fit Index (IFI)*  
 Nilai IFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai IFI lebih besar dari 0.90 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai IFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- *Relative Fit Index (RFI)*  
 Nilai RFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai RFI lebih besar dari 0.90 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai RFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- *Goodness of Fit Index (GFI)*  
 Nilai GFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai GFI lebih besar dari 0.90 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai IFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- *Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)*  
 Nilai AGFI berkisar antara 0 sampai 1, dengan nilai lebih tinggi lebih baik. Nilai AGFI lebih besar dari 0.90 mengindikasikan *good fit*. Jika nilai IFI lebih besar atau sama dengan 0.8 dan lebih kecil atau sama dengan 0.9 maka dianggap *marginal fit* (Wijanto, 2008).
- Uji validitas dan reliabilitas.  
 Suatu variabel dikatakan mempunyai validitas yang baik terhadap suatu konstruk atau variabel lainnya, jika nilai t muatan faktornya (*factor loadings*) lebih besar dari nilai kritis ( $> 1.96$  atau praktisnya  $> 2$ ) dan faktor standarnya (*standardized factor loading*)  $> 0.50$  (Igbaria et al., 1997 dalam Wijanto, 2008). Sedangkan uji reliabilitas dilakukan untuk melihat konsistensi suatu pengukuran. Reliabilitas tinggi menunjukkan bahwa indikator-indikator mempunyai konsistensi tinggi dalam mengukur konstruk latennya. Mengukur reliabilitas SEM digunakan *composite reliability measure* (ukuran reliabilitas komposit) dan *variance extracted* (ukuran ekstrak varian) (Wijanto, 2008).

- Pengujian *overall model fit* dari model struktural.

Untuk mengetahui *overall model fit* dari model struktural, dilakukan evaluasi tingkat kecocokan yang diperoleh melalui pengujian dengan kriteria *fit indices* yang sama seperti kriteria pengujian *overall model fit* pada model pengukuran yang telah dijelaskan sebelumnya (Santoso, 2007).



## BAB 4 ANALISIS DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Pelaksanaan *Pre-test*

Pada penelitian ini, peneliti melakukan *pre-test* sebelum penyebaran kuesioner pada sampel besar. *Pre-test* dilakukan untuk menguji apakah setiap pertanyaan, *layout*, dan juga bagian penting lainnya dalam kuesioner dapat dipahami dan dapat dengan baik mewakili variabel konstruk yang akan diuji. *Pretest* ini juga dilakukan untuk mengurangi potensi masalah yang mungkin timbul pada saat responden menjawab kuesioner ini. Untuk *pretest* ini, peneliti mengolahnya dengan software SPSS 16.0, yang hasilnya peneliti gunakan untuk mengevaluasi kuesioner untuk selanjutnya dilanjutkan kembali proses penyebarannya.

Pelaksanaan penyebaran kuesioner dilakukan sejak minggu ketiga April 2012. Untuk *pretest*, peneliti menyebarkan 30 kuesioner secara langsung. Setelah hasil validitas dan reliabilitas data *pretest* dinyatakan valid, maka peneliti melanjutkan dengan menyebarkan kuesioner tersebut secara online melalui *googlespread* dan secara langsung pada akhir April.

Pengujian pada item-item pertanyaan yang digunakan pada *pretest* diuji dengan analisis reliabilitas dan validitas. Uji reliabilitas menunjukkan bahwa indikator-indikator memiliki konsistensi yang baik dalam mengukur variabel latennya. Hair et al., (2006) mengatakan reliabilitas adalah tingkatan dari variabel teramati mengukur nilai sebenarnya dan bebas dari kesalahan "*error free*"; atau merupakan kebalikan dari kesalahan pengukuran. Agung dalam Rini (2010) mengatakan jika validitas lebih menekankan pada kebenaran, pengertian dan pemanfaatan skor hasil pengamatan, istilah reliabilitas lebih dikaitkan dengan alat atau instrumen yang dipakai untuk melakukan suatu pengukuran. Uji reliabilitas atau *internal consistency* dapat dilakukan dengan menggunakan cronbach's alpha. Nilai dari cronbach's alpha dikatakan baik apabila  $\geq 0,70$ , walaupun demikian nilai cronbach's alpha  $\geq 0,60$  dapat diterima dalam *exploratory research* (Hair et al., 2006). Oleh karena itu, jika cronbach's alpha diatas 0,6 maka reliabilitasnya dapat dikatakan baik. Sedangkan uji validitas adalah pengujian analisis faktor berdasarkan variabel-variabel yang ada di dalam penelitian ini. Persyaratan untuk

uji validitas yaitu sebesar  $\geq 0,5$ . Tabel 4.1 di bawah ini menunjukkan bahwa seluruh variabel laten memiliki reliabilitas dan validitas yang baik sehingga pelaksanaan survei dilanjutkan dengan menyebarkan kuesioner yang sesungguhnya.

**Tabel 4.1 Pre-testing: Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas**

Variabel Laten		Indikator	Cronbach's Alpha	KMO & Bartlett's Test
Perceived Service Quality	Tangible	TF1	0,751	0,719
		TF2		
		TF3		
		TF4		
		TF5		
		TF6		
	Proses Perawatan	PP1	0,872	
		PP2		
		PP3		
		PP4		
	Pelayanan Staff	PS1	0,854	
		PS2		
		PS3		
		PS4		
		PS5		
	Pelayanan Dokter	PD1	0,842	
PD2				
PD3				
PD4				
PD5				
Value	NP1	0,952	0,846	
	NP2			
	NP3			
	NP4			
Customer Satisfaction	CS1	0,973	0,853	
	CS2			
	CS3			
	CS4			
Customer Behavioral	BI1	0,956	0,761	
	BI2			
	BI3			

Sumber: Output SPSS hasil olahan peneliti, 2012

## 4.2 Profil Responden

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan pada bulan April 2012, dengan jumlah responden sebanyak 155 orang. Berikut ini adalah berbagai gambaran karakteristik dari responden.

### 4.2.1 Jasa Rumah Sakit Swasta yang digunakan

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, mayoritas responden yang menggunakan jasa RS Hermina sebanyak 30 orang, diikuti responden yang menggunakan jasa RS MMC sebanyak 27 orang, kemudian RS Siloam sebanyak 25 orang. Selebihnya responden dalam penelitian ini menggunakan jasa rumah sakit lain seperti dalam tabel berikut ini.

**Tabel 4.2 Profil Responden Berdasarkan Rumah Sakit**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bunda Margonda	10	6,5	6,5	6,5
Hermina	30	19,4	19,4	25,8
Medika Permata Hijau	7	4,5	4,5	30,3
Mitra Internasional	11	7,1	7,1	37,4
MMC Kuningan	27	17,4	17,4	54,8
Pondok indah	18	11,6	11,6	66,5
Prikasih	3	1,9	1,9	68,4
Puri Cinere	1	,6	,6	69,0
Royal Taruma	8	5,2	5,2	74,2
Sari Asih	11	7,1	7,1	81,3
Siloam	25	16,1	16,1	97,4
Tugu Ibu	4	2,6	2,6	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.2 Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, jumlah responden perempuan sebanyak 120 orang (77.4%) dan responden laki-laki sebanyak 35 orang (22.6%). Dengan demikian mayoritas responden adalah perempuan. Perbedaan jenis kelamin merupakan salah satu faktor pembeda dalam pemanfaatan rawat jalan. Perempuan mempunyai kecenderungan untuk lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dibandingkan laki-laki. Hal ini dimulai dari saat mengandung, melahirkan, menyusui dan berbagai penyakit wanita lainnya.

**Tabel 4.3 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	35	22,6	22,6	22,6
Perempuan	120	77,4	77,4	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.3 Usia Responden

Dari 155 orang, sebanyak 91 orang (58.7%) responden berusia sekitar 20-30 tahun, diikuti oleh responden usia 31 – 40 sebanyak 47 orang (30,3%), responden berusia 41-50 tahun sebanyak 14 orang (9%), dan terakhir responden berusia > 50 tahun sebanyak 3 orang (1,9%). Mayoritas responden adalah wanita usia produktif dimana frekuensi mereka menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Mulai dari saat mengandung, melahirkan, menyusui dan berbagai penyakit wanita lainnya.

**Tabel 4.4 Profil Responden Berdasarkan Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >50	3	1,9	1,9	1,9
20-30	91	58,7	58,7	60,6
31-40	47	30,3	30,3	91,0
41-50	14	9,0	9,0	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.4 Pekerjaan Responden

Dilihat dari pekerjaannya, sebanyak 77 orang (49.7%) memiliki pekerjaan sebagai karyawan swasta, diikuti oleh pegawai negeri sebanyak 56 orang (36.1%), mahasiswa sebanyak 16 orang (10.3%) dan terakhir wiraswasta sebanyak 6 orang (3.9%). Mayoritas responden memiliki pekerjaan sebagai karyawan swasta.

**Tabel 4.5 Profil Responden Berdasarkan Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Karyawan	77	49,7	49,7	49,7
Mahasiswa	16	10,3	10,3	60,0
PNS	56	36,1	36,1	96,1
Wiraswasta	6	3,9	3,9	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.5 Pendidikan Responden

Jika dilihat dari tingkat pendidikan, sebanyak 92 orang (59.4%) berpendidikan S1, 34 orang (21.9%) berpendidikan Diploma dan 29 orang (18.7%) responden dengan tingkat pendidikan SMA. Dengan demikian mayoritas responden memiliki pendidikan S1.

**Tabel 4.6 Profil Responden Berdasarkan Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diploma	34	21,9	21,9	21,9
	S1	92	59,4	59,4	81,3
	SMU	29	18,7	18,7	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.6 Pengeluaran Responden

Kemudian jika dilihat dari pengeluaran responden, sebanyak 82 (52.9%) orang memiliki pengeluaran sebesar Rp. 3.000.000-Rp. 4.999.999 dan merupakan proporsi sampel terbanyak untuk pengeluaran total per bulan di luar dicilan, dan hanya 12 orang (7.7%) yang memiliki pengeluaran kurang dari Rp. 1.700.000.

**Tabel 4.7 Profil Responden Berdasarkan Pengeluaran**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1.700.000	12	7,7	7,7	7,7
	1.700.000-2.999.999	42	27,1	27,1	34,8
	3.000.000-4.999.999	82	52,9	52,9	87,7
	5.000.000-7.999.999	19	12,3	12,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.2.7 Analisis Deskriptif Variabel Laten

Dari jawaban 155 orang responden, dimensi tampilan fisik (*tangible*), memiliki rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.06 hingga 4.43. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “tersedianya papan petunjuk yang lengkap” yaitu sebesar 4.43, dan *mean* yang terendah dengan mean 4.06 dengan pernyataan “ruang tunggu dokter dilengkapi televisi, koran dan majalah terbaru”.

Selanjutnya dimensi proses perawatan dengan rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.18 hingga 4.41. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “Prosedur tes laboratorium mudah bagi pasien” yaitu sebesar 4.41, dan *mean* yang terendah dengan mean 4.18 dengan pernyataan “Prosedur pembayaran cepat dan simpel”.

Dimensi pelayanan staff rumah sakit memiliki rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.16 hingga 4.43. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “Para perawat bersikap ramah” yaitu sebesar 4.43, dan *mean* yang terendah dengan mean 4.16 dengan pernyataan “Staff rumah sakit tulus memperhatikan saya”.

Yang terakhir, dimensi pelayanan dokter yang memiliki rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.16 hingga 4.44. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi ada dua yaitu adalah pernyataan “Dokter di rumah sakit ini bersikap sopan” dan “Dokter membuat saya merasa nyaman” yaitu sebesar 4.44, dan *mean* yang terendah dengan mean 4.16 dengan pernyataan “Dokter memberikan pilihan pengobatan untuk menyembuhkan penyakit saya.”. Secara umum, responden cenderung setuju dengan pernyataan-pernyataan yang ada dalam variabel *perceived service quality*.

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Variabel *Service Quality*

Indikator	Mean	Std. Deviasi
<b>Tampilan Fisik (Tangible)</b>		
Peralatan medis modern	4.24	0.981
Ruang tunggu dokter bersih	4.19	0.981
Temperature di ruang tungg dokter membuat saya merasa nyaman ketika menunggu	4.17	0.979
Ruang tunggu dokter dilengkapi televisi, koran dan majalah edisi terbaru	4.06	0.941
<b>Proses Perawatan</b>		
Prosedur tes laboratorium mudah bagi pasien	4.41	0.851
Tes laboratorium dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan	4.33	0.941
Prosedur pembayaran cepat dan simpel	4.18	0.990
Proses untuk membuat perjanjian simpel dan mudah.	4.23	1.074
<b>Pelayanan Staff Rumah Sakit</b>		
Para perawat bersikap ramah	4.43	0.932
Para perawat menjelaskan proses pengobatan secara jelas.	4.19	0.974
Staff rumah sakit selalu sebisa mungkin mencoba menolong pasien	4.17	1.005
Staff rumah sakit tulus memperhatikan saya.	4.16	0.915
Koordinasi yang baik antar sesama staff rumah sakit	4.28	0.943
<b>Pelayanan Dokter</b>		
Dokter di rumah sakit ini bersikap sopan.	4.44	0.926
Dokter menjelaskan kondisi penyakit, hasil pemeriksaan dan proses pengobatan saya secara lengkap	4.30	0.935
Dokter mengizinkan saya untuk bertanya banyak hal tentang penyakit saya hingga jelas.	4.24	0.981
Dokter memberikan pilihan pengobatan untuk menyembuhkan penyakit saya.	4.16	1.016
Dokter membuat saya merasa nyaman	4.44	0.919

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

Untuk variabel *perceived value*, rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.14 hingga 4.29. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “Uang yang saya bayarkan untuk pelayanan kesehatan yang saya terima sudah sesuai” yaitu sebesar 4.29, dan *mean*

yang terendah dengan mean 4.14 dengan pernyataan “Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat uang yang saya keluarkan tidak sia-sia”. Berikut dibawah ini tabel distribusi frekuensi untuk variabel *perceived value*.

**Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Variabel *Perceived Value***

Indikator	Mean	Std. Deviasi
Uang yang saya bayarkan untuk pelayanan kesehatan yang saya terima sudah sesuai.	4.29	1.038
Kualitas pelayanan kesehatan yang saya terima jauh lebih baik dari biaya yang saya keluarkan.	4.19	1.057
Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat uang yang saya keluarkan tidak sia-sia.	4.14	1.082
Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat waktu yang saya keluarkan tidak sia-sia	4.19	1.127

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

Selanjutnya untuk variabel *satisfaction*, rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.14 hingga 4.29. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “Saya merasa puas karena telah memilih rumah sakit ini sebagai tempat berobat” yaitu sebesar 4.27, dan *mean* yang terendah dengan mean 3.97 dengan pernyataan “Pelayanan kesehatan di rumah sakit ini lebih baik dari yang saya harapkan”. Berikut dibawah ini tabel distribusi frekuensi untuk variabel *satisfaction*.

**Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Variabel *Satisfaction***

Indikator	Mean	Std. Deviasi
Saya merasa puas karena telah memilih rumah sakit ini sebagai tempat berobat.	4.27	0.962
Saya merasa rumah sakit ini merupakan pilihan yang tepat untuk memeriksakan kesehatan	4.26	0.979
Saya puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit ini	4.26	0.952
Pelayanan kesehatan di rumah sakit ini lebih baik dari yang saya harapkan.	3.97	0.918

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

Selanjutnya untuk variabel *behavior intention*, rata-rata tingkat persetujuan terhadap pernyataan-pernyataan dalam indikator antara 4.13 hingga 4.18. Indikator yang memiliki *mean* paling tinggi adalah pernyataan “Saya akan menceritakan kepada orang lain hal-hal positif mengenai rumah sakit ini” yaitu sebesar 4.18, dan *mean* yang terendah dengan mean 4.13 dengan pernyataan “Bila suatu saat saya sakit, saya akan mempertimbangkan rumah sakit ini sebagai pilihan pertama”. Berikut dibawah ini tabel distribusi frekuensi untuk variabel *satisfaction*.

**Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Variabel *Behavioral Intention***

<b>Indikator</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviasi</b>
Saya akan merekomendasikan supaya orang lain menggunakan jasa rumah sakit ini.	4.17	0.992
Bila suatu saat saya sakit, saya akan mempertimbangkan rumah sakit ini sebagai pilihan pertama.	4.13	1.036
Saya akan menceritakan kepada orang lain hal-hal positif mengenai rumah sakit ini.	4.18	1.047

Sumber: *output SPSS* hasil olahan peneliti, 2012

### 4.3 Pengujian Model (*Confirmatory Factor Analysis*)

Model pengukuran memodelkan hubungan antara variabel laten dengan variabel-variabel teramati (*observed/measured variables*). Hubungan tersebut bersifat reflektif dimana variabel-variabel teramati merupakan refleksi dari variabel laten terkait. Berikut ini adalah analisis faktor atas variabel - variabel *Service Quality, Value, Satisfaction* dan *Behavioral Intention* dengan melakukan :

- Analisis validitas model pengukuran

Analisis awal dilakukan dengan memeriksa :

- a) Apakah *t-value* dari *standardized loading factor* dari variabel-variabel teramati dalam model memiliki nilai  $\geq 1.96$
- b) *Standardized loading factor* setiap variabel-variabel teramati  $\geq 0.5$  (Hair et al., 2006).
- c) Apabila *Standardized loading factor* setiap variabel-variabel teramati  $\leq 0.5$  maka variabel tersebut perlu dihilangkan dan kemudian dilakukan respesifikasi pada model tersebut.

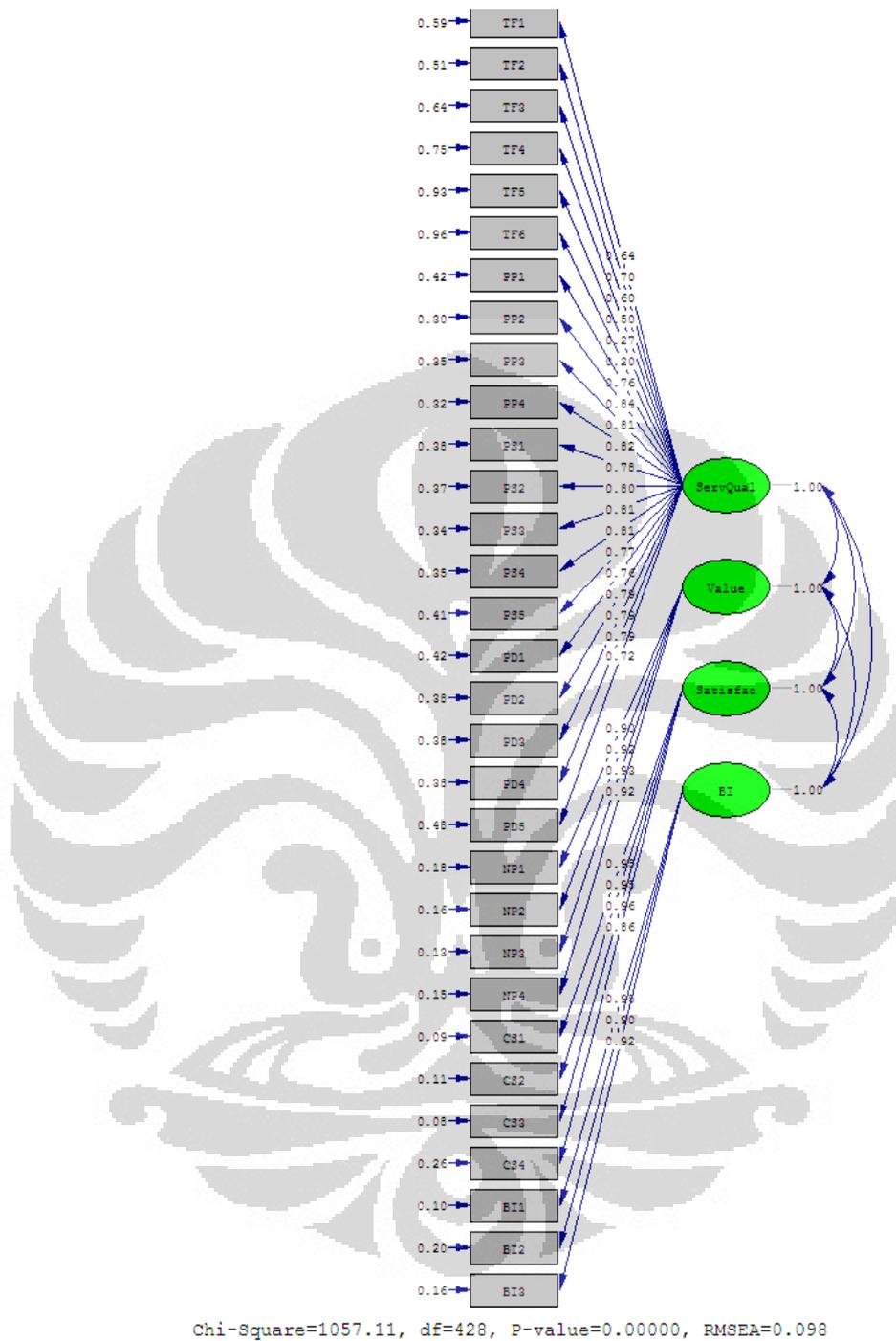
- Uji kecocokan keseluruhan model pengukuran

Uji kecocokan keseluruhan ini dilakukan dengan memeriksa nilai dari *chi square* dan *p-value* nya, RMSEA, *Standardized RMR*, GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI, dan komponen lainnya yang tercetak sebagai *Goodness of fit Statistics*.

- Analisis Reliabilitas model pengukuran.

*Structural Equation Modelling* mengukur reliabilitas melalui *composite reliability measure* dan *variance extracted measure* (Bollen, 1989 dalam Wijanto, 2008). Sebuah konstruk memiliki nilai reliabilitas yang baik adalah apabila nilai *Construct Reliability*  $\geq 0.7$  dan nilai *Variance Extracted*  $\geq 0.5$ .

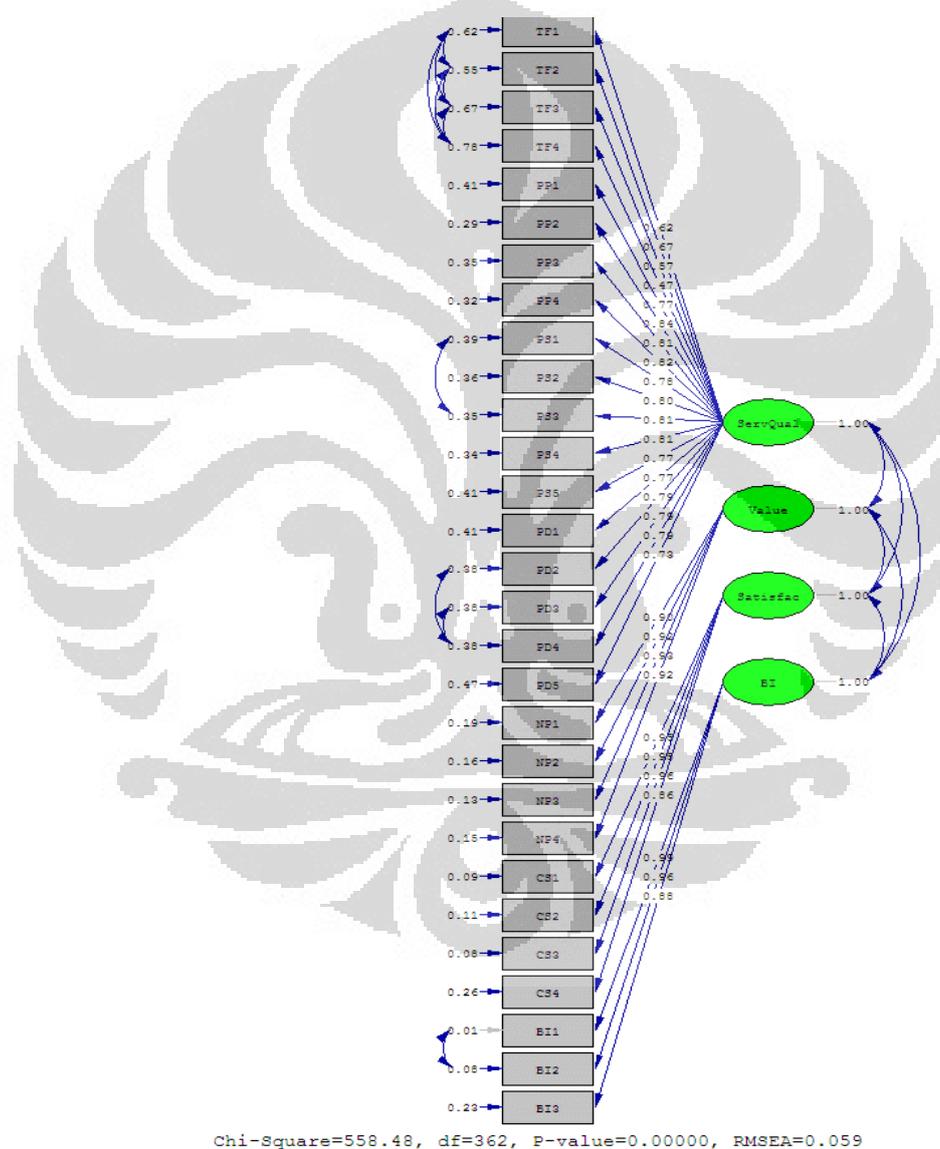
### 4.3.1 Analisis Model Pengukuran



**Gambar 4.1. Diagram lintasan model pengukuran awal  
(Standardized Solution)**

Sumber : Output LISREL8.51 hasil olahan peneliti, 2012

Berdasarkan gambar 4.1 di atas, dapat dilihat bahwa *standardized loading factor* dari variabel-variabel teramati dari Laten *Value*, *Satisfaction* dan *Behavioral Intention* memenuhi persyaratan  $\geq 0.50$ . Namun untuk variabel variabel teramati TF5= 0.27 dan TF6= 0.20 dalam model memiliki nilai  $\leq 0.50$ . Hal ini berarti variabel teramati TF5 dan TF6 tidak valid dan signifikan secara statistik, sehingga perlu dihilangkan, untuk kemudian dilakukan respesifikasi terhadap laten *Service Quality* tersebut. Berikut di bawah ini adalah gambar model pengukuran yang sudah direspesifikasi.



**Gambar 4.2. Diagram lintasan model pengukuran akhir  
(Standardized Solution)**

Sumber : *Output LISREL8.51* hasil olahan peneliti, 2012

Setelah variabel teramati TF5 dan TF6 dihilangkan dan dilakukan respesifikasi ulang, ternyata ada variabel teramati yang nilainya < dari 0.5 yaitu TF4. Semula nilai faktornya 0.5 namun setelah dilakukan respesifikasi nilainya turun menjadi 0.47. Penulis mempertimbangkan untuk tidak menghapus variabel TF4 dengan alasan nilai muatan factor standar TF4 < 0.5 tetapi masih  $\geq 0.30$  (Igbaria et al., 1997).

#### 4.3.2 Uji Kecocokan Keseluruhan Model

Setelah memeriksa validitas variabel-variabel teramati dalam penelitian ini, langkah berikutnya adalah uji kecocokan model dengan menggunakan *Goodness of Fit statistics*. Penilaian terhadap kecocokan keseluruhan model berdasarkan output pengolahan data dengan LISREL8.51 adalah sebagai berikut:

- a. Nilai *Chi-square* yaitu 558.48 dan  $p = 0.00 < 0,05$  tidak terpenuhi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kecocokan kurang baik (*poor fit*) karena syarat model yang baik yaitu jika nilai *Chi Square* kecil dan  $p > 0.05$  tidak terpenuhi.
- b. Nilai NCP sebesar 196.48 yang merupakan nilai cukup besar. 90% confidence interval dari NCP (136.51 ; 264.41) adalah besar, maka berdasarkan NCP dapat disimpulkan bahwa kecocokan keseluruhan model kurang baik.
- c. Nilai RMSEA yaitu 0.059 yang berarti kecocokan model adalah baik dan 90% *confidence internal* dari RMSEA (0.049 ; 0.069) dan nilai RMSEA berada dalam kisaran interval tersebut sehingga RMSEA memiliki ketepatan nilai yang baik. Nilai RMSEA yang baik adalah  $\leq 0.05$  *close fit* dan  $0.05 < \text{RMSEA} \leq 0.08$  *good fit*. Sedangkan jika nilai RMSEA antara 0.08 sampai 0.10 adalah *marginal fit* dan  $> 0.10$  menunjukkan *poor fit*. *P-Value for test of close fit* ( $\text{RMSEA} < 0.05$ ) =  $0.059 > 0.50$ , maka kecocokan keseluruhan model kurang baik, *p-value* yang diinginkan untuk *test of close fit* adalah  $< 0,050$ .
- d. ECVI sebagai perbandingan model dan semakin kecil nilai ECVI sebuah model maka semakin baik tingkat kecocokannya. Pengujian kecocokan model dapat dilihat dengan menggunakan nilai ECVI *saturated* dan ECVI *independence*. Nilai ECVI model diketahui yaitu sebesar 7.04; ECVI *saturated model* 5.65; dan ECVI *independence model* 33.20.

Dari hasil tersebut dapat dianalisis bahwa ECVI model lebih dekat nilainya ke ECVI *saturated model* dibandingkan ke ECVI *independence model*. Lalu,

**Universitas Indonesia**

90% *confidence interval* dari ECVI (4.19 ; 5.02) menandakan ECVI model berada di dalam 90% *confidence interval*, sehingga estimasi bahwa kecocokan keseluruhan model berdasarkan ECVI adalah baik. Hal ini didukung pernyataan bahwa ECVI *saturated model* mewakili '*worst fit*', maka nilai ECVI yang diinginkan model harus sedekat mungkin dengan ECVI *saturated model*.

- e. Seperti juga ECVI, AIC juga digunakan sebagai perbandingan model. Nilai AIC model yang dihasilkan adalah 704.48 nilai AIC *saturated model* 870.00; dan nilai *independence model* 5112.86. Dapat dilihat bahwa AIC model lebih dekat ke AIC *saturated model* dibandingkan AIC *independence model*, maka kecocokan keseluruhan model dikatakan baik.
- f. Seperti AIC, CAIC dapat dianalisis dengan cara yang sama, yaitu dengan membandingkan nilai CAIC model dengan *saturated CAIC* dan *independence CAIC*. Nilai CAIC model adalah 999.65; nilai CAIC *saturated* 2628.89 dan CAIC *independence* 5230.12. Hasil tersebut membuktikan bahwa nilai CAIC model lebih dekat ke *saturated CAIC* dibandingkan *independence CAIC*, sehingga dapat dikatakan bahwa kecocokan keseluruhan model adalah baik.
- g. NFI = 0.88, nilai tersebut termasuk dalam kategori *marginal fit* karena kriteria kecocokan model untuk parameter NFI adalah  $\geq 0.90$  berarti baik (*good fit*) dan kecocokan yang sedang (*marginal fit*) adalah  $0.8 \leq \text{NFI} < 0.90$ .
- h. Sama dengan parameter NFI, nilai NNFI = 0.94 > 0.90; maka kecocokan keseluruhan model adalah baik (*good fit*).
- i. CFI = 0.94, nilai tersebut termasuk dalam kategori *good fit* karena kriteria kecocokan model untuk parameter CFI adalah  $\geq 0.90$  berarti baik (*good fit*).
- j. IFI = 0.94, nilai tersebut termasuk dalam kategori *good fit* karena kriteria kecocokan model untuk parameter IFI adalah  $\geq 0.90$  berarti baik (*good fit*) dan kecocokan yang sedang (*marginal fit*) adalah  $0.8 \leq \text{IFI} < 0.90$ .
- k. Nilai *standardized RMR* = 0.071 < 0.087 menunjukkan bahwa kecocokan keseluruhan model adalah baik (*good fit*), karena seharusnya nilai RMR  $\leq 0.087$ .

- l. GFI = 0.80, nilai tersebut termasuk dalam kategori *marginal fit* karena kriteria kecocokan model untuk parameter GFI adalah  $\geq 0.90$  berarti baik (*good fit*) dan kecocokan yang sedang (*marginal fit*) adalah  $0.8 \leq \text{GFI} < 0.90$ .
- m. AGFI = 0.76, nilai tersebut termasuk dalam kategori kurang baik (*poor fit*) karena kriteria kecocokan model untuk parameter AGFI adalah  $\geq 0.90$  berarti baik (*good fit*) dan kecocokan yang sedang (*marginal fit*) adalah  $0.8 \leq \text{AGFI} < 0.90$ .

**Tabel 4.12 Uji Kecocokan Keseluruhan Model (*Goodness of Fit*)**

Ukuran GOF	Target Tingkat Kecocokan	Hasil Estimasi	Tingkat Kecocokan
Chi Square P	Nilai yang kecil $p > 0,05$	$\chi^2 = 558.48$ ( $p = 0.0$ )	Kurang baik ( <i>poor fit</i> )
NCP Interval	Nilai yang kecil Interval yang sempit	196.48 (136.51 ; 264.41)	Kurang baik ( <i>poor fit</i> )
RMSEA P ( <i>close fit</i> )	$\text{RMSEA} \leq 0,08$ $p \geq 0,50$	0,059 ( $p = 0.0$ )	Baik ( <i>good fit</i> )
ECVI	Nilai yang kecil dan dekat dengan ECVI <i>Saturated</i>	$M^* = 7.04$ $S^* =$ 5.65 $I^* = 33.20$	Baik ( <i>good fit</i> )
AIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan AIC <i>Saturated</i>	$M^* = 704,48$ $S^* = 870.00$ $I^* = 5112.86$	Baik ( <i>good fit</i> )
CAIC	Nilai yang kecil dan dekat dengan CAIC <i>Saturated</i>	$M^* = 999.65$ $S^* = 2628.89$ $I^* = 5230.12$	Baik ( <i>good fit</i> )
NFI	$\text{NFI} \geq 0,90$	0.88	<i>Marginal Fit</i>
NNFI	$\text{NNFI} \geq 0,90$	0.94	Baik ( <i>good fit</i> )
CFI	$\text{CFI} \geq 0,90$	0.94	Baik ( <i>good fit</i> )
IFI	$\text{IFI} \geq 0,90$	0.94	Baik ( <i>good fit</i> )
RFI	$\text{RFI} \geq 0,90$	0.86	<i>Marginal Fit</i>
RMR	<i>Standardized RMR</i> $\leq 0,087$	0.071	Baik ( <i>good fit</i> )
GFI	$\text{GFI} \geq 0,90$	0.80	<i>Marginal Fit</i>
AGFI	$\text{AGFI} \geq 0,90$	0.76	Kurang baik ( <i>poor fit</i> )

Sumber : *Output LISREL 8.51* hasil olahan peneliti, 2012

Berdasarkan uraian di atas beberapa pengujian menunjukkan kecocokan yang tidak mencukupi namun lebih banyak pengujian yang mencukupi kecocokannya sehingga dapat disimpulkan bahwa kecocokan keseluruhan model adalah cukup baik, sehingga dapat dilakukan analisa lebih lanjut dari model tersebut.

### 4.3.3 Analisis Validitas dan Reliabilitas Model Pengukuran

Hasil uji validitas dan reliabilitas dalam model SEM pada program *Lisrel 8.51* didapatkan dari tahap pertama yaitu *Confirmatory Factor Analysis (CFA)*. Pada tahap pertama ini, variabel-variabel teramati atau indikator pada tiap variabel laten harus memenuhi persyaratan validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.

Persyaratan terhadap uji validitas adalah jika nilai  $> 2$  menunjukkan koefisien atau *factor loading* signifikan. Selain itu *standardized loading factor*  $> 0,50$ . Sementara untuk uji reliabilitas dilakukan dengan menghitung *construct reliability* dan *variance extracted*, dimana faktor yang reliabel memiliki nilai *construct reliability*  $> 0.7$  dan *variance extracted*  $> 0.5$ .

Menurut Hair et al.(1995), dalam Structural Equation Model (SEM) pengukuran reliabilitas dapat dilakukan dengan menggunakan *construct reliability* (ukuran reliabilitas konstruk) dan *variance extracted measure* (ukuran ekstrak varian), dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$Construct\ reliability = \frac{(\sum\ std\ loading)^2}{(\sum\ std\ loading)^2 + \sum\ \epsilon_j} \quad (4.1)$$

$$Variance\ extracted = \frac{\sum\ std\ loading^2}{\sum\ std\ loading^2 + \sum\ \epsilon_j} \quad (4.2)$$

### 4.3.3.1 Validitas dan Reliabilitas Variabel *Service Quality*

Tabel 4.12 di bawah ini menunjukkan bahwa terdapat 18 variabel teramati atas variabel *service quality* sebanyak 18 variabel telah lulus uji validitas karena telah memenuhi persyaratan yaitu nilai *loading factors*  $\geq 0.50$  dan nilai *t-value*  $\geq 1.96$ . Hanya 1 indikator yang memiliki nilai *loading factor*  $< 0.50$  yaitu TF4, namun penulis mempertimbangkan untuk tidak menghapus variabel TF4 dengan alasan nilai muatan faktor standar TF4  $< 0.5$  tetapi masih  $\geq 0.30$  (Igbaria et al., 1997).

Sedangkan uji reliabilitas variabel *service quality* menghasilkan nilai yang baik. Hal ini dapat dilihat dari nilai *construct reliability* (CR) variabel laten sebesar  $0.95 > 0.70$ , sehingga dapat dikatakan variabel *service quality* memiliki konsistensi yang baik.

**Tabel 4.13 Validitas dan Reliabilitas *Perceived Service Quality***

Kode Indikator	Standardized Loading Factors (SLF) $\geq 0,50$	Standard Errors	t-value	Error Variance	Keterangan	Reliabilitas	
						CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
TF1	0.62	0.62	8.37	8.59	Validitas baik	<b>0.95</b>	<b>0.56</b>
TF2	0.67	0.55	9.34	8.53	Validitas baik		
TF3	0.57	0.67	7.65	8.63	Validitas baik		
TF4	0.47	0.78	6.13	8.69	Validitas kurang baik		
PP1	0.77	0.41	11.19	8.35	Validitas baik		
PP2	0.84	0.29	12.85	8.05	Validitas baik		
PP3	0.81	0.35	12.08	8.21	Validitas baik		
PP4	0.82	0.32	12.48	8.14	Validitas baik		
PS1	0.78	0.39	11.54	8.28	Validitas baik		
PS2	0.80	0.36	11.93	8.24	Validitas baik		
PS3	0.81	0.35	12.08	8.20	Validitas baik		
PS4	0.81	0.34	12.19	8.19	Validitas baik		
PS5	0.77	0.41	11.29	8.34	Validitas baik		
PD1	0.77	0.41	11.18	8.35	Validitas baik		
PD2	0.79	0.38	11.63	8.28	Validitas baik		
PD3	0.79	0.38	11.65	8.28	Validitas baik		
PD4	0.79	0.38	11.67	8.33	Validitas baik		
PD5	0.73	0.47	10.43	8.43	Validitas baik		

Sumber : Output LISREL 8.51 hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.3.3.2 Validitas dan Reliabilitas Variabel *Value*

Tabel 4.13 di bawah ini menunjukkan bahwa terdapat 4 variabel teramati atas variabel *value* telah lulus uji validitas, karena telah memenuhi persyaratan yaitu nilai *loading factors*  $\geq 0,50$  dan nilai *t-value*  $\geq 1,96$ . Sehingga, secara keseluruhan variabel teramati untuk variabel laten *value* adalah valid. Sedangkan uji reliabilitas variabel *value* menghasilkan nilai yang baik. Hal ini dapat dilihat dari nilai *construct reliability* (CR) variabel laten sebesar  $0.95 > 0.70$ . Sedangkan nilai VE untuk semua indikator  $\geq 0,50$ , sehingga turut membuktikan konsistensi tinggi di dalam variabel-variabel di atas.

**Tabel 4.14 Validitas dan Reliabilitas *Value***

Kode Indikator	Standardized Loading Factors (SLF) $\geq 0,50$	Standard Errors	t-value	Error Variance	Keterangan	Reliabilitas	
						CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
NP1	0.90	0.18	14.41	7.04	Validitas baik	<b>0.95</b>	<b>0.84</b>
NP2	0.92	0.16	14.87	6.62	Validitas baik		
NP3	0.93	0.13	15.33	6.18	Validitas baik		
NP4	0.92	0.15	14.90	6.58	Validitas baik		

Sumber : *Output LISREL 8.51* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.3.3.3 Validitas dan Reliabilitas Variabel *Satisfaction*

Tabel 4.14 di bawah ini menunjukkan bahwa terdapat 4 variabel teramati atas variabel *satisfaction* telah lulus uji validitas, karena telah memenuhi persyaratan yaitu nilai *loading factors*  $\geq 0,50$  dan nilai *t-value*  $\geq 1,96$ . Sehingga, secara keseluruhan variabel teramati untuk variabel laten *customer satisfaction* adalah valid. Sedangkan uji reliabilitas variabel *satisfaction* menghasilkan nilai yang baik. Hal ini dapat dilihat dari nilai *construct reliability* (CR) variabel laten sebesar  $0.96 > 0.70$ . Sedangkan nilai VE untuk semua indikator  $\geq 0,50$ , sehingga turut membuktikan konsistensi tinggi di dalam variabel-variabel di atas.

**Tabel 4.15 Validitas dan Reliabilitas *Satisfaction***

Kode Indikator	Standardized Loading Factors (SLF) $\geq 0,50$	Standard Errors	t-value	Error Variance	Keterangan	Reliabilitas	
						CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
CS1	0.95	0.09	15.90	6.32	Validitas baik	<b>0.96</b>	<b>0.86</b>
CS2	0.95	0.11	15.70	6.63	Validitas baik		
CS3	0.96	0.08	16.07	5.97	Validitas baik		
CS4	0.86	0.26	13.36	8.07	Validitas baik		

Sumber : *Output LISREL 8.51* hasil olahan peneliti, 2012

#### 4.3.3.4 Validitas dan Reliabilitas Variabel *Behavioral Intention*

Tiga variabel teramati atas variabel *Behavioral Intention* telah lulus uji validitas, karena telah memenuhi persyaratan yaitu nilai *loading factors*  $\geq 0,50$  dan nilai *t-value*  $\geq 1,96$ .

Sedangkan uji reliabilitas variabel *Behavioral Intention* menghasilkan nilai yang baik. Hal ini dapat dilihat dari nilai *construct reliability* (CR) variabel laten sebesar  $0.96 > 0.70$ . Sedangkan nilai VE untuk semua indikator  $\geq 0,50$ , sehingga turut membuktikan konsistensi tinggi di dalam variabel-variabel di atas.

**Tabel 4.16 Validitas dan Reliabilitas *Behavioral Intention***

	Standardized Loading Factors (SLF) $\geq 0,50$	Standard Errors	t-value	Error Variance	Keterangan	Reliabilitas	
						CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
BI1	0.99	0.10	17.37	0.01	Validitas baik	<b>0.96</b>	<b>0.89</b>
BI2	0.96	0.20	15.30	2.24	Validitas baik		
BI3	0.88	0.16	13.84	8.87	Validitas baik		

Sumber : *Output LISREL 8.51* hasil olahan peneliti, 2012

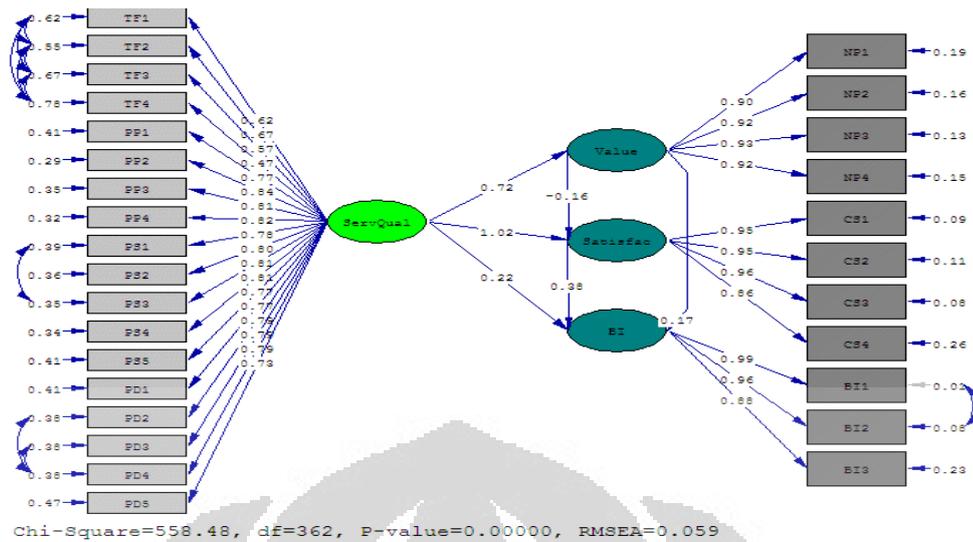
#### 4.4 Analisis Model Struktural

Setelah tahap pertama menghasilkan model CFA dengan kecocokan data-model, validitas dan reliabilitas yang baik, maka Second Order CFA pun dilaksanakan. *Second Order CFA* (2ndCFA) menunjukkan hubungan antara variabel-variabel laten pada tingkat pertama sebagai indikator-indikator dari sebuah variabel laten tingkat kedua. Pada tahap kedua ini, peneliti menambahkan model struktural aslinya pada model CFA untuk menghasilkan *hybrid*. Selanjutnya, model *hybrid* akan diestimasi dan dianalisis untuk melihat kecocokan model secara keseluruhan serta evaluasi terhadap model strukturalnya.

Model struktural adalah model yang menggambarkan hubungan antara variabel laten dengan variabel laten. Hubungan tersebut untuk menguji hipotesis penelitian yang telah disebutkan pada Bab 3.

Pengujian statistik untuk hubungan kausal model structural ini dilakukan dengan tingkat signifikansi 5%, sehingga nilai kritis dari  $t$  adalah  $\pm 1,96$ . Sehingga hipotesis yang diterima adalah apabila nilai  $t > 1,96$ . Parameter yang diestimasi untuk hubungan kausal model ini adalah antara variabel laten eksogen ( $\xi$ ) dengan variabel laten endogen ( $\eta$ ) dan variabel laten endogen ( $\eta$ ) dengan variabel laten endogen ( $\eta$ ).

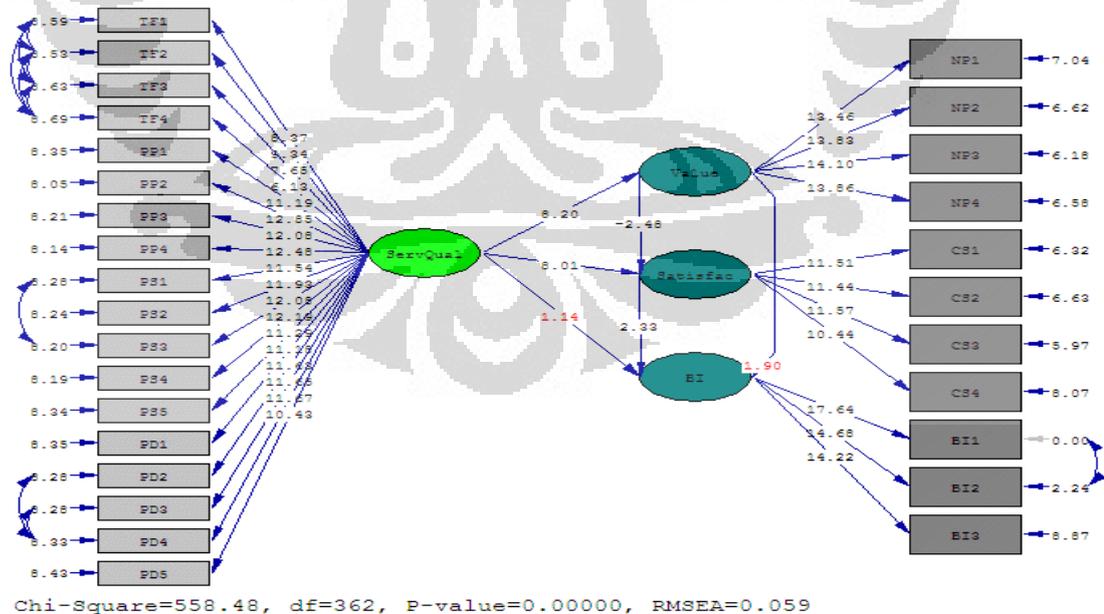
Adapun variabel laten eksogen ( $\xi$ ) adalah *service quality*. Sedangkan yang merupakan variabel laten endogen ( $\eta$ ) adalah *value*, *satisfaction* dan *behavioral intention*. Hubungan-hubungan tersebut menggambarkan hipotesis-hipotesis penelitian. Adapun hasil estimasi semua hubungan kausal penelitian dapat dilihat pada hasil keluaran LISREL 8.51 berikut ini :



**Gambar 4.3. Diagram lintasan model structural (standard solution)**

Sumber : Output LISREL8.51 Hasil olahan peneliti, 2012

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Choi et al.,(2004) yang merupakan jurnal acuan replikasi skripsi ini, dimana semua hipotesis dalam penelitiannya berpengaruh secara signifikan. Hal ini ditandai dengan dua angka merah dalam gambar 4.4 di bawah ini yang merupakan nilai t-value yang lebih kecil dari 1.96



**Gambar 4.4. Diagram lintasan model structural (t - value)**

Sumber : Output LISREL8.51 Hasil olahan peneliti, 2012

Berdasarkan hasil *output* Lisrel 8.51, dapat dilihat bahwa kriteria uji yang signifikan menunjukkan data mendukung hipotesis yang diajukan sedangkan kriteria uji yang tidak signifikan menunjukkan data tidak mendukung hipotesis yang diajukan.

**Tabel 4.17 Uji Hipotesis Penelitian**

Hipotesis Penelitian	Standardized Solution	T – Values	Kriteria Uji	Kriteria Uji (Choi et al., 2004)
ServQual → Satisfact	1.02	8.01	Signifikan	Signifikan
ServQual → BI	0.22	1.14	Tidak Signifikan	Signifikan
Satisfact → BI	0.38	2.33	Signifikan	Signifikan
ServQual → Value	0.72	8.20	Signifikan	Signifikan
Value → Satisfac	-0.16	-2.48	Signifikan	Signifikan
Value → BI	0.17	1.90	Tidak Signifikan	Signifikan

Sumber : *Output* LISREL8.51 hasil olahan peneliti, 2012

Hasil analisis hubungan kausal menunjukkan dari enam hipotesis yang diajukan terdapat empat hipotesis yang diterima (data mendukung hipotesis yang diajukan) dan dua hipotesis yang ditolak (data tidak mendukung hipotesis yang diajukan).



**Gambar 4.5**

*Path model structural standardized solution*  
(nilai *t – value* yang ada dalam kurung)

Selain hasil diatas, berdasarkan hasil *output* Lisrel 8.51, juga dihasilkan tiga persamaan struktural yang menggambarkan pengaruh secara menyeluruh variabel independen terhadap variabel dependen. Dari tiga persamaan tersebut dapat dilihat dari nilai  $R^2$  untuk masing-masing persamaan. Nilai  $R^2$  ini berfungsi untuk menunjukkan berapa besar masing-masing variabel independen mampu menjelaskan variabel dependen.

Adapun ketiga persamaan tersebut adalah sebagai berikut :

#### Persamaan 1 :

$$\text{Value} = 1.05 * \text{ServQual}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.52$$

(0.13)  
8.20

Berdasarkan persamaan diatas, hubungan *Service Quality* terhadap *Value* mempunyai  $R^2 = 0.52$ . hal tersebut menunjukkan 52% varian dalam *value* dapat dijelaskan oleh *service quality* sedangkan 48% lainnya dijelaskan oleh faktor lain. Hal ini berarti untuk meningkatkan persepsi pelanggan terhadap Rumah Sakit, maka pihak rumah sakit dapat melakukan peningkatan *service quality* dengan cara merekrut dokter *full time*, mengevaluasi kinerja dokter, memperhatikan ketepatan jadwal praktek dokter. Komunikasi dan koordinasi dari perawat dan petugas non medik dari berbagai unit penunjang harus lebih ditingkatkan dengan cara memberikan training komunikasi dan *customer service* kepada para perawat dan petugas.. Komunikasi dan koordinasi yang baik antara perawat dan petugas dari unit penunjang akan membuat pasien merasa nyaman dengan proses pengobatan rawat jalan. Untuk meningkatkan tampilan fisik, pihak rumah sakit harus memiliki peralatan medis yang modern, penampilan yang menarik, nyaman, memiliki lahan parkir yang luas, kursi yang nyaman, toilet dan tempat cuci tangan yang cukup dan bersih. Ketika rumah sakit memberikan kualitas pelayanan yang baik, maka *perceived value* dapat ditingkatkan.

#### Persamaan 2:

$$\text{Satisfac} = - 0.27 * \text{Value} + 2.50 * \text{ServQual}, \text{Errorvar.} = 1.00, R^2 = 0.83$$

(0.11)      (0.31)  
-2.48      8.01

Berdasarkan persamaan diatas, hubungan *Value* dan *Service Quality* secara bersama – sama terhadap *Satisfaction* mempunyai  $R^2 = 0.83$ . Hal tersebut menunjukkan 83% varian dalam *satisfaction* dapat dijelaskan oleh *value dan service quality* sedangkan 17% lainnya dijelaskan oleh faktor lain. Hal ini berarti untuk meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap Rumah Sakit, maka pihak rumah sakit dapat melakukan peningkatan *value* dengan cara mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, memberikan tarif yang rasional, melakukan inovasi dalam hal pelayanan kesehatan seperti menyediakan perlengkapan medis yang *up to date*, fasilitas dokter *on call*, *online prescription* sehingga pasien tidak perlu menunggu lama obat. Nilai kualitas layanan dan *perceived value* yang tinggi akan meningkatkan kepuasan pasien yang lebih tinggi.

**Persamaan 3 :**

$$BI = 0.17*Value + 0.22*Satisfac + 0.32*ServQual, Errorvar.= 1.00, R^2 = 0.51$$

(0.090)	(0.096)	(0.28)
<b>1.90</b>	<b>2.33</b>	<b>1.14</b>

Berdasarkan persamaan diatas, hubungan *Value*, *Satisfaction dan Service Quality* terhadap *Behavioral Intention* mempunyai  $R^2 = 0.51$ . Hal tersebut menunjukkan 51% varian dalam *Behavioral Intention* dapat dijelaskan oleh *value, satisfaction dan service quality* sedangkan 49% lainnya dijelaskan oleh faktor lain. Hal ini berarti untuk meningkatkan *behavioral intention* pelanggan terhadap Rumah Sakit, maka pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa pelayanan berkualitas yang ditawarkan sesuai persepsi nilai dari pasiennya. Karena nilai pelanggan berubah-ubah sepanjang waktu, maka pasien yang puas saat ini belum tentu akan tetap puas di masa yang akan datang. Nilai pelanggan yang superior dan kualitas pelayanan yang baik akan meningkatkan kepuasan pelanggan yang pada akhirnya akan menggerakkan positif *behavioral intention*.

#### 4.5 Analisis Hasil Uji Hipotesis Penelitian

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis yang telah disebutkan dalam tabel 4.6, berikut ini akan dilakukan analisis terhadap hipotesis-hipotesis penelitian, baik yang diterima maupun yang ditolak.

##### 1. Hipotesis 1 :

##### **Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan**

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 8.01 (tingkat keyakinan 95%) > 1.96, angka tersebut menunjukkan signifikan, dimana hipotesis yang diajukan diterima atau data mendukung hipotesis yang diajukan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh secara positif terhadap kepuasan pelanggan. Hal ini berarti bahwa semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan, semakin baik pula tingkat kepuasan pasien. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Gotlieb et al., 1994 ; Kang dan James, 2004 ; Oliver, 1997 ; Pollack B.L, 2008 bahwa dengan memberikan kualitas pelayanan yang prima, pasien akan menjadi puas. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Choi et al., (2004) yang menyatakan bahwa *service quality* merupakan faktor determinan kepuasan pelanggan.

Kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit akan memberikan pengaruh yang besar bagi kepuasan pasien. Untuk memberikan kepuasan bagi pasiennya pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa keseluruhan pelayanan kesehatan yang disediakan berkualitas. Karena kepuasan pasien ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan pasien selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Pasien mungkin saja puas dengan diagnosa dokter namun kualitas yang buruk dari pelayanan penunjang seperti lama menunggu obat, proses pembayaran yang lama di kasir atau ruang tunggu yang tidak nyaman, akan membuat pasien mempunyai kesan yang buruk (Li et al., 2010). Bila ada kesan yang buruk pada satu tahapan pelayanan akan membuat pasien merasa tidak puas secara keseluruhan.

Dari hasil analisis SEM diketahui bahwa indikator dari kualitas pelayanan yang memiliki *mean* paling tinggi adalah sikap dokter yang sopan dan membuat pasien merasa nyaman. Hal ini disebabkan karena pasien tidak memiliki kemampuan teknis di bidang medis sehingga ia menilai kualitas suatu pelayanan kesehatan berdasarkan proses interaksi antara pasien tersebut dan dokter. Sikap dokter dapat mempengaruhi keyakinan pasien terhadap kesembuhannya, selain tentu saja kemampuan dalam mendiagnosa dan mengobati pasien (Rijadi, 1997 dalam Wahyuningsih, 2009). Sehingga pasien akan puas bila dokter melayani seperti yang diharapkan. Indikator dengan *mean* tertinggi ke dua adalah pelayanan staff rumah sakit, dalam hal ini adalah perawat. Hal ini disebabkan karena di unit rawat jalan, pasien banyak berinteraksi dengan perawat, mulai dari pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik sampai selesai pemeriksaan. Indikator dengan *mean* tertinggi berikutnya adalah prosedur tes laboratorium yang mudah bagi pasien. Bila terjadi masalah dalam proses rawat jalan seperti prosedur tes laboratorium yang rumit, prosedur pembayaran yang lama atau sulit membuat perjanjian akan membuat pasien yang sedang sakit menjadi tidak nyaman. Dan hal ini akan mengakibatkan proses perawatan menjadi tidak baik di mata pasien. Yang terakhir adalah *tangible* dimana indikator dengan *mean* tertinggi adalah peralatan medis yang modern. Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan, dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Secara keseluruhan responden merasa cukup puas dengan kualitas pelayanan yang diberikan.

## 2. Hipotesis 2 :

### **Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap *behavioral intention***

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 1.14 (tingkat keyakinan 95%) < 1.96, angka tersebut menunjukkan tidak signifikan, dimana hipotesis yang diajukan ditolak atau data tidak mendukung hipotesis yang diajukan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Li et al., (2010) : “ *In practice, high service quality does not guarantee the possibility of high satisfaction or positive behavior intentions. Sound physical environments, or sufficient equipments, for example, certainly match customers expectations but cannot offset a displeased experience with a long waiting time. Patients maybe satisfied with the core services (e.g. doctor’s diagnoses), but the poor quality for supplement services (e.g. traffic inconvenience, slow processing speed in the payment counter or pharmacy, and so on) will give patients bad impressions*”.

Kualitas pelayanan yang baik bukan jaminan adanya *behavioral intention* yang positif. Pasien mungkin saja puas dengan layanan utama (*core service*) seperti diagnosa dokter namun kualitas yang buruk dari pelayanan penunjang seperti lama menunggu obat, proses pembayaran yang lama di kasir atau ruang tunggu yang tidak nyaman, akan membuat pasien mempunyai kesan yang buruk. Hal tersebut memperkecil kesediaan untuk merekomendasikan. Walaupun kualitas pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit sudah baik namun bila tidak memberikan kepuasan kepada pasien tidak akan menggerakkan *behavioral intention*. Apabila pasien mendapatkan pelayanan dengan kualitas yang baik berulang kali dan tetap merasa puas akan dapat menggerakkan *behavioral intention*. Hal ini berarti hubungan antara kualitas pelayanan dan *behavioral intention* di mediasi oleh kepuasan pasien. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil yang didapat dari penelitian di Korea yang memperlihatkan pengaruh positif antara kualitas pelayanan terhadap *behavioral intention* (Choi et al., 2004). Hasil penelitian Choi et al., (2004) juga sejalan dengan penelitian yang sudah dilakukan oleh Boulding et al., (1993).

3. Hipotesis 3 :

**Kepuasan pelanggan secara positif berpengaruh terhadap *behavioral intention***

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 2.33 (tingkat keyakinan 95%) > 1.96, angka tersebut menunjukkan signifikan, dimana hipotesis yang diajukan diterima atau data mendukung hipotesis yang diajukan. Hasil

tersebut menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan berpengaruh secara positif terhadap *behavioral intention*.

Pada penelitian ini variabel kepuasan pelanggan merupakan variabel mediasi dari hubungan antara kualitas pelayanan dengan *behavioral intention*. Kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit akan memberikan pengaruh yang besar bagi kepuasan pasien. Untuk memberikan kepuasan bagi pasiennya pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa keseluruhan pelayanan kesehatan yang disediakan berkualitas. Hal ini berarti bahwa semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan, semakin baik pula tingkat kepuasan pasien yang akan berdampak pada *behavioral intention* yang positif. Bila kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit baik, maka nilai yang dirasakan oleh pasien pun akan semakin tinggi (*superior value*). Nilai superior yang dirasakan oleh pasien akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang pada akhirnya akan mempengaruhi *behavioral intention*. Ini berarti variabel kepuasan pasien juga berperan sebagai variabel antara atau sebagai variabel mediasi dari hubungan antara *perceived value* dengan *behavioral intention*. Temuan ini konsisten dengan temuan dari Taylor (1997); Taylor dan Baker (1994); Mclelland dan Jud (1993). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Woodside, Frey dan Daly (1989) yang mengatakan bahwa kepuasan pasien berpengaruh terhadap niat pasien untuk memilih menggunakan rumah sakit yang sama (Zeithaml, Berry dan Parasuraman, 1996).

#### 4. Hipotesis 4 :

##### **Kualitas pelayanan secara positif berpengaruh terhadap *perceived value***

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 8.20 (tingkat keyakinan 95%) > 1.96, angka tersebut menunjukkan signifikan, dimana hipotesis yang diajukan diterima atau data mendukung hipotesis yang diajukan. Hal tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh secara positif terhadap *perceived value*. Penelitian ini sejalan dengan pendapat Nguyen et al., (1998) yang menyatakan bahwa kualitas jasa berkaitan secara positif dengan nilai yang dirasakan pelanggan. Ini berarti semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit maka nilai yang dirasakan oleh pasien pun semakin tinggi

(*superior value*). Dari hasil analisis SEM diketahui bahwa indikator “dokter bersikap ramah” dan “dokter membuat saya nyaman” merupakan dua indikator yang paling dominan dari kualitas pelayanan. Indikator dengan *mean* tertinggi kedua adalah pelayanan staff rumah sakit, dalam hal ini adalah perawat. Hal ini disebabkan karena di unit rawat jalan, pasien banyak berinteraksi dengan perawat, mulai dari pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik sampai selesai pemeriksaan. Indikator dengan *mean* tertinggi berikutnya adalah prosedur tes laboratorium yang mudah bagi pasien. Bila terjadi masalah dalam proses rawat jalan seperti prosedur tes laboratorium yang rumit, prosedur pembayaran yang lama atau sulit membuat perjanjian akan membuat pasien yang sedang sakit menjadi tidak nyaman. Dan hal ini akan mengakibatkan proses perawatan menjadi tidak baik di mata pasien. Yang terakhir adalah *tangible* dimana indikator dengan *mean* tertinggi adalah peralatan medis yang modern. Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan, dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Secara keseluruhan mayoritas responden setuju bahwa pengorbanan yang dikeluarkan sudah sesuai dengan pelayanan yang diterima.

##### 5. Hipotesis 5 :

###### ***Perceived value* secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan**

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 8.20 (tingkat keyakinan 95%) > 1.96, angka tersebut menunjukkan signifikan, dimana hipotesis yang diajukan diterima atau data mendukung hipotesis yang diajukan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa *perceived value* secara positif berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan. Hal ini berarti bahwa semakin superior nilai yang dirasakan oleh pasien maka akan semakin tinggi pula kepuasan pasien. Kepuasan merupakan evaluasi menyeluruh terhadap kesenjangan, antara apa yang diharapkan oleh pasien dengan *performance* rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Ketika pihak rumah sakit dapat memenuhi ekspektasi bahkan memberikan pelayanan yang melebihi ekspektasi pelanggan maka pelanggan akan merasa puas. Ekspektasi pasien terhadap pelayanan tersebut berkaitan erat dengan

nilai, semakin superior nilai yang diterima dan dipersepsikan pelanggan (*perceived value*) maka semakin kecil gap yang terjadi antara *performance* rumah sakit dengan ekspektasi pelanggan. Semakin superior nilai yang diterima oleh pasien, maka semakin besar kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Formell (1992); McDougall dan Levesque (2000) yang menyatakan bahwa nilai yang dirasakan pelanggan mempunyai pengaruh positif terhadap kepuasannya.

#### 6. Hipotesis 6 :

##### ***Perceived value secara positif berpengaruh terhadap behavioral intention***

Berdasarkan hasil *output* dapat dilihat bahwa *t-value* = 1.90 (tingkat keyakinan 95%) < 1.96, angka tersebut menunjukkan tidak signifikan, dimana hipotesis yang diajukan ditolak atau data tidak mendukung hipotesis yang diajukan. Hal tersebut menunjukkan bahwa *perceived value* tidak mempunyai pengaruh positif terhadap *behavioral intention*. Nilai yang dirasakan pelanggan (*perceived value*) memang merupakan hal penting dalam membangun *behavioral intention*. Besar kemungkinan hal ini disebabkan karena pasien yang merupakan responden penelitian ini merupakan pasien asuransi dimana berapa pun besar biaya yang dikeluarkan akan diganti sepanjang sesuai kontrak antara pasien dan perusahaan asuransi. Untuk tetap menggunakan suatu produk atau jasa dan merekomendasikan kepada orang lain mengenai suatu produk dan jasa, pelanggan harus memiliki penilaian mengenai suatu produk atau jasa yang dikonsumsi, apakah mereka puas atau tidak puas. Sulit bagi pelanggan untuk menunjukkan minat nya terhadap suatu produk atau jasa bila mereka tidak melakukan penilaian terlebih dahulu. Karena itu, tingkat minat berperilaku pelanggan akan sangat tergantung pada tingkat kepuasannya (Wahyuningsih, 2005). Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Chan et al., 2003; Eggert dan Ulaga, 2002; Fornell et al., 1996 dan Lam et al., 2004) yang menyatakan bahwa hubungan antara *perceived value* dan *behavioral intention* dimediasi oleh kepuasan pelanggan.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dalam rangka menjawab perumusan masalah yang telah disusun sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan berdasarkan pengujian hipotesis penelitian yaitu sebagai berikut :

- **Kualitas pelayanan memiliki pengaruh yang positif terhadap kepuasan pasien dan *perceived value* namun tidak berpengaruh secara positif terhadap *behavioral intention*.**

Pasien mungkin saja puas dengan diagnosa dokter namun kualitas yang buruk dari pelayanan penunjang seperti lama menunggu obat, proses pembayaran yang lama di kasir atau ruang tunggu yang tidak nyaman, akan membuat pasien mempunyai kesan yang buruk (Li et al., 2010). Bila ada kesan yang buruk pada satu tahapan pelayanan akan membuat pasien merasa tidak puas secara keseluruhan. Karena kepuasan pasien ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan pasien selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Dari hasil analisis SEM diketahui bahwa indikator dari kualitas pelayanan yang memiliki *mean* paling tinggi adalah sikap dokter yang sopan dan membuat pasien merasa nyaman. Hal ini disebabkan karena pasien tidak memiliki kemampuan teknis di bidang medis sehingga ia menilai kualitas suatu pelayanan kesehatan berdasarkan proses interaksi antara pasien tersebut dan dokter. Sikap dokter diyakini dapat mempengaruhi kesembuhan pasien, selain tentu saja kemampuan dalam mendiagnosa dan mengobati pasien. Sehingga pasien akan puas bila dokter melayani seperti yang diharapkan. Indikator dengan *mean* tertinggi ke dua adalah pelayanan staff rumah sakit, dalam hal ini adalah perawat. Hal ini disebabkan karena di unit rawat jalan, pasien banyak berinteraksi dengan perawat, mulai dari pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik sampai selesai pemeriksaan. Indikator dengan *mean* tertinggi berikutnya adalah prosedur tes laboratorium yang mudah bagi pasien.

Bila terjadi masalah dalam proses rawat jalan seperti prosedur tes laboratorium yang rumit, prosedur pembayaran yang lama atau sulit membuat perjanjian akan membuat pasien yang sedang sakit menjadi tidak nyaman. Dan hal ini akan mengakibatkan proses perawatan menjadi tidak baik di mata pasien. Yang terakhir adalah *tangible* dimana indikator dengan *mean* tertinggi adalah peralatan medis yang modern. Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan, dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Secara keseluruhan pasien merasa cukup puas dengan kualitas pelayanan yang diberikan. Untuk memberikan kepuasan bagi pasiennya, pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa keseluruhan pelayanan kesehatan yang disediakan berkualitas. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan memiliki pengaruh yang positif terhadap *perceived value*. Kualitas pelayanan rumah sakit yang baik dan sesuai dengan kebutuhan, keinginan dan permintaan pasien akan meningkatkan nilai yang dirasakan oleh pasien. Banyaknya keluhan mengenai kualitas pelayanan rumah sakit di Indonesia merupakan bukti bahwa kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan dan nilai yang dirasakan pelanggan. Namun pada penelitian ini, kualitas pelayanan tidak berpengaruh secara langsung terhadap *behavioral intention* pasien. Walaupun kualitas pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit sudah baik namun bila tidak memberikan kepuasan kepada pasien tidak akan menggerakkan *behavioral intention*. Apabila pasien mendapatkan pelayanan dengan kualitas yang baik berulang kali dan tetap merasa puas akan dapat menggerakkan *behavioral intention*. Hal ini berarti hubungan antara kualitas pelayanan dan *behavioral intention* di mediasi oleh kepuasan pasien.

- **Kepuasan pasien memiliki pengaruh positif terhadap *behavioral intention*.**

Variabel kepuasan pelanggan merupakan variabel mediasi dari hubungan antara kualitas pelayanan dengan *behavioral intention*. Kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit akan memberikan pengaruh yang besar bagi

**Universitas Indonesia**

kepuasan pasien. Untuk memberikan kepuasan bagi pasiennya pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa keseluruhan pelayanan kesehatan yang disediakan berkualitas.

Hal ini berarti bahwa semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan, semakin baik pula tingkat kepuasan pasien yang akan berdampak pada *behavioral intention* yang positif. Bila kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit baik, maka nilai yang dirasakan oleh pasien pun akan semakin tinggi (*superior value*). Nilai superior yang dirasakan oleh pasien akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang pada akhirnya akan mempengaruhi *behavioral intention*. Ini berarti variabel kepuasan pasien juga berperan sebagai variabel antara atau sebagai variabel mediasi dari hubungan antara *perceived value* dengan *behavioral intention*.

- ***Perceived value* memiliki pengaruh positif terhadap kepuasan pasien namun tidak berpengaruh secara positif terhadap *behavioral intention*.**

Kepuasan merupakan evaluasi menyeluruh terhadap kesenjangan, antara apa yang diharapkan oleh pasien dengan *performance* rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Ketika pihak rumah sakit dapat memenuhi ekspektasi bahkan memberikan pelayanan yang melebihi ekspektasi pelanggan maka pelanggan akan merasa puas. Ekspektasi pasien terhadap pelayanan tersebut berkaitan erat dengan nilai, semakin superior nilai yang diterima dan dipersepsikan pelanggan (*perceived value*) maka semakin kecil gap yang terjadi antara *performance* rumah sakit dengan ekspektasi pelanggan. Semakin superior nilai yang diterima oleh pasien, maka semakin besar pula kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Berikut adalah indikator-indikator kualitas pelayanan yang membentuk *perceived value* yang mendorong kepuasan pasien. Indikator dari kualitas pelayanan yang memiliki *mean* paling tinggi adalah sikap dokter yang sopan dan membuat pasien merasa nyaman. Karena pasien tidak memiliki kemampuan teknis di bidang medis sehingga ia menilai kualitas suatu pelayanan kesehatan berdasarkan proses interaksi antara pasien tersebut dan dokter. Sikap dokter diyakini dapat mempengaruhi kesembuhan pasien, selain tentu saja kemampuan dalam mendiagnosa dan mengobati pasien. Sehingga pasien akan puas

Universitas Indonesia

bila dokter melayani seperti yang diharapkan. Indikator dengan *mean* tertinggi ke dua adalah pelayanan staff rumah sakit, dalam hal ini adalah perawat.

Di unit rawat jalan, pasien banyak berinteraksi dengan perawat, mulai dari pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik sampai selesai pemeriksaan. Indikator dengan *mean* tertinggi berikutnya adalah prosedur tes laboratorium yang mudah bagi pasien. Bila terjadi masalah dalam proses rawat jalan seperti prosedur tes laboratorium yang rumit, prosedur pembayaran yang lama atau sulit membuat perjanjian akan membuat pasien yang sedang sakit menjadi tidak nyaman. Hal ini akan mengakibatkan proses perawatan menjadi tidak baik di mata pasien. Yang terakhir adalah *tangible* dimana indikator dengan *mean* tertinggi adalah peralatan medis yang modern. Ketersediaan pelayanan yang memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan seperti laboratorium, pemeriksaan radiologi, obat dan alat kesehatan untuk keperluan diagnosa dan pengobatan, dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Nilai yang dirasakan pelanggan (*perceived value*) memang merupakan hal penting dalam membangun *behavioral intention*. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh positif antara *perceived value* dengan kepuasan pasien. Namun superior nilai yang diterima pasien tidak berpengaruh terhadap *behavioral intention*. Besar kemungkinan hal ini disebabkan karena pasien yang merupakan responden penelitian ini merupakan pasien asuransi dimana berapa pun besar biaya yang dikeluarkan akan diganti sepanjang sesuai kontrak antara pasien dan perusahaan asuransi

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Saran untuk Organisasi

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa terdapat beberapa hal yang dapat menjadikan masukan bagi manajerial rumah sakit, yaitu :

1. Pihak rumah sakit dapat melakukan peningkatan *service quality* dengan cara merekrut dokter *full time*, mengevaluasi kinerja dokter, memperhatikan ketepatan jadwal praktek dokter. Komunikasi dan koordinasi dari perawat dan petugas non medik dari berbagai unit penunjang harus lebih

ditingkatkan dengan cara memberikan training komunikasi dan *customer service* kepada para perawat dan petugas.

Komunikasi dan koordinasi yang baik antara perawat dan petugas dari unit penunjang akan membuat pasien merasa nyaman dengan proses pengobatan rawat jalan. Untuk meningkatkan tampilan fisik, pihak rumah sakit harus memiliki peralatan medis yang modern, penampilan yang menarik, nyaman, memiliki lahan parkir yang luas, kursi yang nyaman, toilet dan tempat cuci tangan yang cukup dan bersih. Ketika rumah sakit memberikan kualitas pelayanan yang baik, maka *perceived value* dapat ditingkatkan.

2. Pihak rumah sakit dapat melakukan peningkatan *value* dengan cara mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, memberikan tarif yang rasional, melakukan inovasi dalam hal pelayanan kesehatan seperti menyediakan perlengkapan medis yang *up to date*, fasilitas dokter *on call*, *online prescription* sehingga pasien tidak perlu menunggu lama obat. Nilai kualitas layanan dan *perceived value* yang tinggi akan meningkatkan kepuasan pasien yang lebih tinggi.
3. Pihak rumah sakit harus dapat memastikan bahwa pelayanan berkualitas yang ditawarkan sesuai persepsi nilai dari pasiennya. Karena nilai pelanggan berubah-ubah sepanjang waktu, maka pasien yang puas saat ini belum tentu akan tetap puas di masa yang akan datang. Ketika rumah sakit mempunyai keunggulan dibandingkan kompetitor maka rumah sakit dapat menyampaikan nilai yang superior kepada pelanggan dalam hal ini adalah keramahan dokter, waktu konsultasi yang panjang, informasi yang jelas terkait penyakit pasien, petugas yang ramah, koordinasi yang baik antar petugas dari unit penunjang medis yang berbeda, peralatan medis yang modern dan jumlah tempat duduk yang cukup, toilet yang bersih, lahan parkir yang cukup luas. Nilai pelanggan yang superior dan kualitas pelayanan yang baik akan meningkatkan kepuasan pelanggan yang pada akhirnya akan menggerakkan positif *behavioral intention*.

### 5.2.2 Keterbatasan Penelitian

- a. Penelitian ini hanya melihat apa yang seharusnya dilakukan perusahaan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya dan bukan melihat apa yang sebaiknya rumah sakit lakukan terhadap pesaingnya, baik itu rumah sakit lain di dalam negeri terlebih rumah sakit di luar negeri. Karena rumah sakit akan unggul apabila dapat bergerak lebih cepat dari pesaingnya. Seharusnya rumah sakit dapat melihat bagaimana reaksi pasien terhadap layanan yang diberikan oleh rumah sakit pesaingnya. Ketika rumah sakit lain bisa memberikan pelayanan yang lebih baik apakah pelanggan akan menunjukkan perilaku perpindahan.
- b. Sampel bersifat homogen dan didominasi oleh karyawan di perkantoran, sehingga diperlukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih luas untuk melakukan generalisasi.
- c. Penelitian ini hanya melihat pengaruh variabel kualitas pelayanan yang terdiri dari dimensi *tangibility*, kenyamanan proses perawatan, pelayanan staf rumah sakit, pelayanan dokter dan *perceived value* terhadap *behavioral intention* yang dimediasi oleh kepuasan pelanggan, dan tidak melihat pengaruh kualitas pelayanan terhadap *brand image* rumah sakit. Padahal kualitas pelayanan rumah sakit berpengaruh terhadap *image* rumah sakit. Konsumen dalam memilih suatu produk dan jasa tidak hanya tergantung pada kualitas namun juga tergantung pada *image*. *Image* mempengaruhi persepsi konsumen tentang barang dan jasa yang ditawarkan. Pelayanan yang diterima oleh pasien akan berkesan di benak pasien. *Image* akan muncul setelah rumah sakit melakukan pelayanan kepada pasien.
- d. Banyak pasien dari Indonesia yang berobat ke luar negeri namun tidak termasuk dalam penelitian ini

- e. Indikator "reputasi dokter" belum ada dalam penelitian ini, padahal salah satu hal yang membuat pasien datang ke rumah sakit adalah apakah dokter tersebut mempunyai *track record* yang baik dalam menyembuhkan pasiennya.
- f. Profil responden pada penelitian ini tidak dibedakan antara pasien yang membayar secara tunai (*out of pocket*) atau melalui asuransi kesehatan, padahal dengan mengetahui bagaimana pasien membayar pengobatannya kita dapat membedakan minat berperilakunya.

### 5.2.3 Saran untuk Penelitian Selanjutnya

- a. Menambahkan konstruk reaksi pasien terhadap rumah sakit pesaingnya, untuk mengetahui seberapa besar reaksi pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh pesaing. Apakah pelanggan akan menunjukkan perilaku perpindahan jika rumah sakit pesaingnya memberikan pelayanan yang lebih baik.
- b. Untuk membuat generalisasi hasil penelitian, sebaiknya heterogenitas responden ditingkatkan.
- c. Menambahkan konstruk *brand image*, untuk mengetahui apakah citra rumah sakit berpengaruh terhadap nilai pelanggan, kepuasan dan *behavioral intention*.
- d. Memilih pasien di rumah sakit di Singapura dan Malaysia sebagai obyek penelitian agar mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi orang Indonesia pergi berobat ke luar negeri.
- e. Menambahkan indikator "reputasi dokter" sebagai variabel teramati untuk mengetahui apakah reputasi dokter mempengaruhi pasien untuk datang kembali berobat ke rumah sakit.
- f. Membedakan pasien yang membayar tunai (*out of pocket*) dengan pasien asuransi untuk mengetahui perbedaan minat berperilaku antara pasien dengan jenis pembayaran yang berbeda tersebut.

## DAFTAR REFERENSI

Chee Heng Leng, (2007), *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and commodification of Healthcare*, Asia Research Institute Working Paper Series no. 83.

Data dan Informasi Kemenkes RI, Juli 2011.

Fishbein, M. dan Azen, I, (1975). “*Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*,” Addison – Wesley, Boston MA.

Gill, Liz dan White, Lesley, (2009) *A Critical Review of Patient Satisfaction*, Leadership in Health Services Vol. 22 No. 1 pp.8-19.

Indikator Kesehatan Indonesia 2005-2009, Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kemenkes 2010.

Ishfaq, Ahmed et al., (2010), *A Mediation of Customer Satisfaction Relationship between Service Quality and Repurchase Intentions for The Telecom Sector in Pakistan: A Case Study of University Students*, African Journal Business Management Vol.4 (16) pp.3457-3462.

Khan, Nasreem dan Kadir, Sharifah Latifah, (2011), *The Impact of Perceived Value Dimension on Satisfaction and Behavioral Intention: Young-adult Consumers in Banking Industry*, African Journal Business Management Vol.5 (16) pp.7055-7067.

Koichiro, Otani et al., (2010), *How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to recommend , and Willingness to return*, Journal of Healthcare Management 55:1 Jan/ Feb pp. 25-38.

Kilbourne, William E (2004), *The Applicability of SERVQUAL in Cross-National Measurements of Health-Care Quality*, The Journal of Service Marketing Vol.18 No. 7 pp.524-533.

Kotler, Philip & Gary Armstrong, 2004, *Principles of Marketing*, Tenth Edition, New Jersey, Pearson Prentice Hall.

Kui-Son Choi, Woo-Hyun Cho, Sunhee Lee, Hanjoon Lee dan Chankon Kim (2004). "The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral Intention in health care provider choice : A South Korean Study", Journal Business of Research 57 pp. 913-921.

Lam, Simon.L.K (1997), *SERVQUAL : A Tool for Measuring Patient's opinions Hospital Service Quality in Hong Kong*, Total Quality Management & Business Excellence Vol. 8 No. 4 pp.145-152.

Leslie Khoo, (2003), *Trends in Foreign Patient Admission in Singapore*, MOH Information Paper.

Malhotra, Naresh, 2007, *Marketing Research: An Applied Orientation*, Pearson Education, inc., fifth edition. New Jearsey : USA.

Mona Sakaria, (2011), *Investasi Manis Bisnis Medis*, Prasetya Mulya Journal Vol XXV No. 3 pp. 17-21

Mona Sakaria, (2011), *Surga-surga Berobat di Asia*, Prasetya Mulya Journal Vol XXV No. 3 pp. 23-27

Mozad, Zineldin, (2006), *The Quality of Health Care and Patient Satisfaction. An Explorating Investigation of the 5Qs Model at some Egyptian and Jordanian Medical Clinics*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol.1 No.1 pp. 60-92.

Parasuraman, A., Zeithmal, V.A. & Berry, L.L., (1985), *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for future Research*, Journal of Marketing Vol. 49 pp. 48

Parasuraman, A., Zeithmal, V.A. & Berry, L.L., (1988), *SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*, Journal of Retailing, 64 (Spring), pp.12-40.

Peter, J. Paul dan Jerry C. Olson, 1996, *Consumer Behavior (Perilaku Konsumen dan Strategi Pemasaran)*, Edisi Keempat, Jakarta, Erlangga

Peyrot, Mark et al., (1993), *Customer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services*, Marketing Health Services, 13 (winter) pp. 24-33.

Ramsaran-Fowdar, Rooma Rooshnee (2008), *The Relative Importance of Service Dimensions in a Health Care Setting*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 21 No.1 pp. 104-124.

Siah-Min Meng, Gin-Shuh Liang dan Shih-Hao yang (2011), *The Relationship of Cruise Image, Perceived value, Satisfaction and post Purchase Behavioral Intention on Taiwanese Tourists*, African Journal of Business Management Vol 5 pp. 19-19.

Wijanto, Setyo Hari, 2008, *Structural Equation Modeling dengan LISREL 8.8 Konsep dan Tutorial*, Yogyakarta, Graha Ilmu.

Zeithmal, V.A. & Berry, L.L., Parasuraman, A., (1996), *The Behavioral Consequences of Service Quality*, Journal of Marketing Vol. 60 pp. 31-46.

Zifko, Baliga et al., (1997), *Managing Perceptions of Hospital Quality*, Marketing Health Service pp.28-35.



## KUESIONER PENELITIAN

Yth. Responden

Selamat pagi/siang/sore, saya Shantiana, mahasiswi S1 Ekstensi Manajemen FE UI yang sedang melakukan penelitian untuk keperluan skripsi mengenai pengaruh kualitas pelayanan dan *value* terhadap kepuasan pasien dan dampaknya terhadap minat berperilaku pasien. Mohon kesediaannya untuk meluangkan waktu berpartisipasi dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner di bawah ini. Data yang anda berikan akan sangat berharga bagi penelitian ini. Kerahasiaan jawaban serta data diri yang Anda berikan akan terjaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penulisan skripsi ini. Terima kasih.

Hormat saya,

Shantiana Parulian

Npm: 0906610864

---

### **Screening**

(Lingkari jawaban yang anda pilih)

- 1) Apakah dalam satu tahun terakhir ini anda pergi berobat ke luar negeri?
  - a. Ya → lanjut ke pertanyaan no.2
  - b. Tidak → lanjut ke pertanyaan no. 3
  
- 2) Negara yang saya kunjungi ketika berobat ke luar negeri :  
(1) Singapura      (2) Malaysia  
(Lanjut ke Nilai Pelanggan)
  
- 3) Apakah dalam tiga bulan terakhir anda pergi berobat ke rumah sakit di dalam negeri?
  - a. Ya → lanjut ke pertanyaan berikutnya
  - b. Tidak → stop dan terima kasih

- 4) Rumah sakit tempat anda berobat :
- Pondok Indah Healthcare Group (RS Pondok Indah & RS Puri Indah)
  - Hermina Group
  - Siloam Group
  - Grup RS Mitra Internasional
  - RS MMC Kuningan
  - RS swasta lainnya sebutkan .....

Berilah tanda centang (v) pada kotak skala sikap yang Bapak/Ibu/Saudara anggap paling sesuai .

SS = Sangat Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

AS = Agak Setuju

ATS = Agak Tidak Setuju

### Nilai Pelanggan

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Uang yang saya bayarkan untuk pelayanan kesehatan yang saya terima sudah sesuai						
Kualitas pelayanan kesehatan yang saya terima jauh lebih baik dari biaya yang saya keluarkan.						
Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat uang yang saya keluarkan tidak sia-sia						
Menggunakan jasa rumah sakit ini membuat waktu saya tidak sia-sia						

### Tangible (Tampilan fisik)

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Peralatan medis modern						
Ruang tunggu dokter bersih						
Temperatur ruang tunggu dokter membuat saya nyaman ketika menunggu waktu periksa						
Ruang tunggu dokter nyaman ( dilengkapi televisi, koran dan majalah edisi terbaru )						
Jumlah tempat duduk di ruang tunggu dokter cukup						
Tersedia papan petunjuk yang memudahkan pasien mencari ruangan dokter, farmasi, laboratorium, radiologi dan tempat lain.						

### Kenyamanan Proses Perawatan

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Prosedur tes laboratorium mudah bagi pasien.						
Tes laboratorium dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan rumah sakit.						
Prosedur pembayaran cepat						
Proses membuat perjanjian dengan dokter mudah.						

### Pelayanan staff rumah sakit

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Para perawat bersikap ramah						
Para perawat menjelaskan proses pengobatan secara jelas.						
Staff rumah sakit selalu sebisa mungkin mencoba menolong pasien						
Staff rumah sakit tulus memperhatikan saya						
Para staff rumah sakit memiliki koordinasi yang baik						

### Pelayanan Dokter

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Dokter di rumah sakit ini bersikap sopan.						
Dokter menjelaskan kondisi penyakit, hasil pemeriksaan dan proses pengobatan saya secara lengkap						
Dokter mengizinkan saya untuk bertanya banyak hal tentang penyakit saya hingga jelas						
Dokter memberikan pilihan pengobatan untuk menyembuhkan penyakit saya						
Dokter bersikap ramah sehingga membuat saya merasa nyaman						

### Kepuasan Pelanggan (Customer Satisfaction)

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Saya merasa PUAS karena telah memilih rumah sakit ini sebagai tempat berobat.						
Saya merasa rumah sakit ini merupakan pilihan yang tepat untuk memeriksakan kesehatan						
Saya PUAS dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit ini						
Pelayanan kesehatan di rumah sakit ini lebih baik dari yang saya harapkan.						

### Intensi Perilaku (Behavioral Intention)

Pertanyaan	STS	TS	ATS	AS	S	SS
	1	2	3	4	5	6
Saya akan menceritakan kepada orang lain hal-hal positif mengenai rumah sakit ini.						
Saya akan merekomendasikan pelayanan rumah sakit ini kepada orang lain						
Bila suatu saat saya sakit, saya akan mempertimbangkan rumah sakit ini sebagai pilihan pertama.						

## Profil Responden

Jenis Kelamin : L/P (Lingkari salah satu)

Usia (dalam tahun) : (1) < 20 (2) 20-30 (3) 31-40 (4) 41-50 (5) >50

Pendidikan Terakhir : (1) SMU (2) Diploma (3) S1 (4) S2 (5) lain-lain...

Pekerjaan : (1) Mahasiswa (2) Ibu rumah tangga (3) PNS/POLRI/TNI  
(4) Karyawan (5) Wiraswasta (6) Lain-lain .....

Pengeluaran total per bulan di luar cicilan-cicilan :

(1) < Rp. 1.700.000 (2) Rp. 1.700.000 – Rp. 2.999.999  
(3) Rp.3.000.000 – Rp. 4.999.999 (4) Rp. 5.000.000 – Rp. 7.999.999  
(5) Rp. 8.000.000 – Rp. 9.999.999 (6) > Rp. 10.000.000

Terima kasih

## RELIABILITY DAN VALIDITY ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,751	6

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
TF1	4,23	1,104	30
TF2	3,90	1,185	30
TF3	3,80	1,095	30
TF4	3,77	1,104	30
TF5	4,10	,885	30
TF6	4,60	,814	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TF1	20,17	11,661	,593	,685
TF2	20,50	11,638	,533	,704
TF3	20,60	11,628	,606	,682
TF4	20,63	10,930	,712	,648
TF5	20,30	14,976	,233	,774
TF6	19,80	15,062	,258	,767

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
24,40	17,352	4,166	6

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,872	4

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PP1	4,47	,860	30
PP2	4,20	1,157	30
PP3	3,83	1,206	30
PP4	3,93	1,172	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PP1	11,97	9,551	,732	,846
PP2	12,23	8,047	,731	,835
PP3	12,60	7,697	,752	,827
PP4	12,50	7,983	,729	,836

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16,43	14,185	3,766	4

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,854	5

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PS1	4,43	,935	30
PS2	3,80	,997	30
PS3	3,93	,980	30
PS4	4,03	1,066	30
PS5	4,03	1,066	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PS1	15,80	12,028	,495	,865
PS2	16,43	10,806	,659	,826
PS3	16,30	10,700	,695	,817
PS4	16,20	9,890	,759	,799
PS5	16,20	10,028	,733	,806

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20,23	16,116	4,014	5

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,842	5

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PD1	4,43	1,006	30
PD2	3,90	1,062	30
PD3	3,90	1,094	30
PD4	3,73	,980	30
PD5	4,50	,820	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PD1	16,03	9,964	,668	,804
PD2	16,57	9,633	,677	,801
PD3	16,57	9,771	,622	,818
PD4	16,73	10,133	,662	,806
PD5	15,97	11,137	,624	,819

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20,47	15,223	3,902	5

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0

Total	30	100,0
-------	----	-------

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,952	4

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
NP1	4,03	1,273	30
NP2	3,83	1,085	30
NP3	3,93	1,112	30
NP4	3,97	1,217	30

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
NP1	11,73	10,409	,884	,938
NP2	11,93	11,857	,836	,951
NP3	11,83	11,178	,924	,926
NP4	11,80	10,648	,901	,932

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,77	19,289	4,392	4

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,973	4

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
CS1	4,27	1,230	30
CS2	4,20	1,215	30
CS3	4,27	1,143	30
CS4	3,93	1,143	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CS1	12,40	11,283	,958	,957
CS2	12,47	11,430	,950	,959
CS3	12,40	12,041	,929	,965
CS4	12,73	12,271	,891	,975

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16,67	20,713	4,551	4

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,956	3

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
BI1	4,20	1,095	30
BI2	4,13	1,167	30
BI3	4,23	1,040	30

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BI1	8,37	4,516	,930	,918
BI2	8,43	4,392	,878	,961
BI3	8,33	4,782	,920	,929

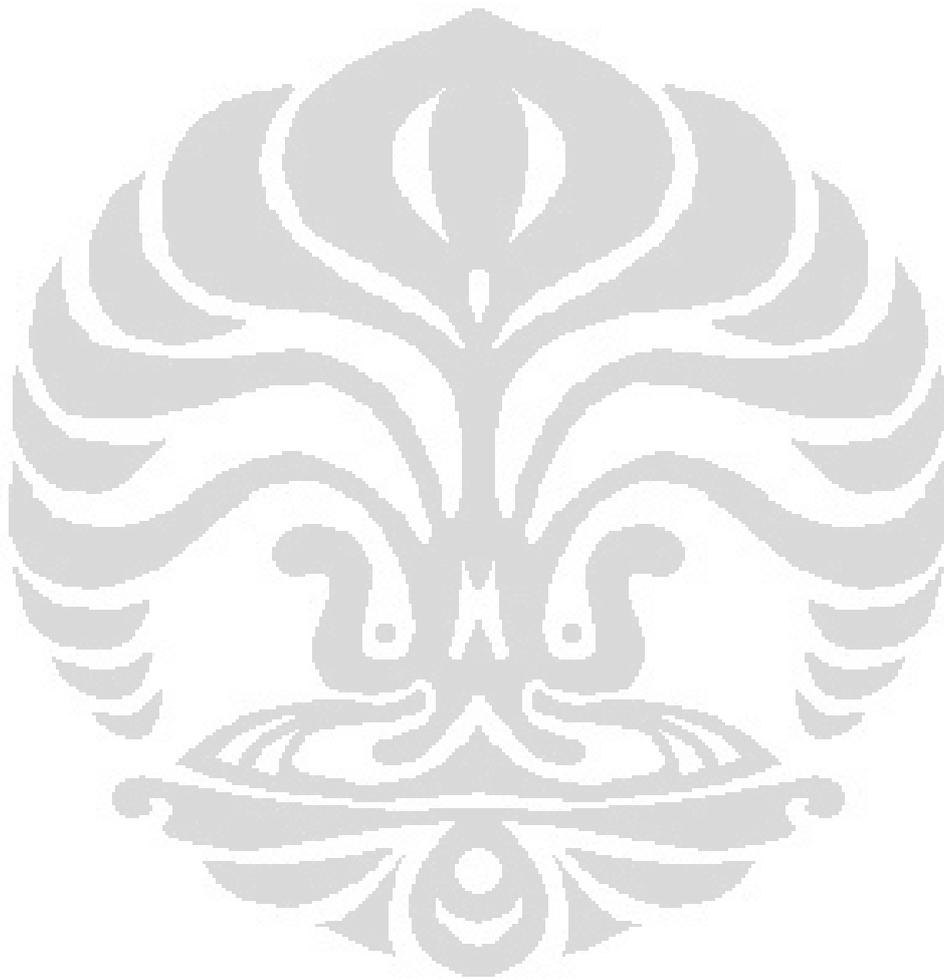
**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,57	10,047	3,170	3

## FACTOR ANALYSIS

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,719
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	418,376
	df	190
	Sig.	,000



Anti-image Matrices

	TF1	TF2	TF3	TF4	TF5	TF6	PP1	PP2	PP3	PP4	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5	PD1	PD2	PD3	PD4	PD5
Anti-image TF1	,146	,027	,032	-,013	,048	-,090	-,048	,049	-,030	-,041	-,037	,022	-,043	-,005	-,025	-,044	-,007	-,043	,062	,020
Covariance TF2	,027	,263	,003	-,113	-,010	,008	,049	-,039	-,040	-,025	,020	-,064	,100	-,043	,042	-,037	,002	-,079	-,007	,064
TF3	,032	,003	,190	-,026	-,094	-,115	-,017	,039	-,064	,022	,042	,076	-,034	,014	-,064	,048	,033	-,051	,018	-,084
TF4	-,013	-,113	-,026	,125	,045	-,041	-,031	,058	-,008	,028	-,047	,050	-,079	-,005	-,032	-,010	-,018	,091	,024	-,019
TF5	,048	-,010	-,094	,045	,293	,028	-,018	-,023	,048	-,041	-,033	-,051	,000	-,031	,027	-,131	-,041	,069	,046	,105
TF6	-,090	,008	-,115	-,041	,028	,265	,023	-,118	,107	,013	,014	-,104	,099	,036	,078	-,020	-,052	,042	-,095	,055
PP1	-,048	,049	-,017	-,031	-,018	,023	,131	-,061	,004	-,047	,034	-,044	,027	-,050	,033	,009	,064	-,034	-,071	,042
PP2	,049	-,039	,039	,058	-,023	-,118	-,061	,169	-,072	-,001	-,037	,080	-,094	-,008	-,058	-,005	,018	,011	,084	-,042
PP3	-,030	-,040	-,064	-,008	,048	,107	-,004	-,072	,156	-,057	-,076	-,044	,021	,021	,021	-,016	,024	-,011	-,027	,057
PP4	-,041	-,025	,022	,028	-,041	,013	-,047	-,001	-,057	,254	,004	,037	,028	,041	-,030	,033	-,083	,060	-,033	-,074

PS1	-,037	,020	,042	-,047	-,033	,014	,034	-,037	-,076	,004	,341	-,038	-,002	,008	,038	-,004	-,046	-,012	-,046	-,009	
PS2	,022	-,064	,076	,050	-,051	-,104	-,044	,080	-,044	,037	-,038	,124	-,094	-,009	-,067	,046	,032	-,002	,070	-,082	
PS3	-,043	,100	-,034	-,079	,000	,099	,027	-,094	,021	,028	-,002	-,094	,206	,008	,049	,002	-,053	,004	-,059	,007	
PS4	-,005	-,043	,014	-,005	-,031	,036	-,050	-,008	,021	,041	,008	-,009	,008	,115	-,021	,005	-,044	,016	-,040	-,038	
PS5	-,025	,042	-,064	-,032	,027	,078	,033	-,058	,021	-,030	,038	-,067	,049	-,021	,063	-,021	-,023	,000	-,033	,048	
PD1	-,044	-,037	,048	-,010	-,131	-,020	,009	-,005	-,016	,033	-,004	,046	,002	,005	-,021	,119	,024	-,022	-,020	-,096	
PD2	-,007	,002	,033	-,018	-,041	-,052	,064	,018	,024	-,083	-,046	,032	-,053	-,044	-,023	,024	,239	-,117	,010	,002	
PD3	-,043	-,079	-,051	,091	,069	,042	-,034	,011	-,011	,060	-,012	-,002	,004	,016	,000	-,022	-,117	,186	-,023	-,013	
PD4	,062	-,007	,018	,024	,046	-,095	-,071	,084	-,027	-,033	-,046	,070	-,059	-,040	-,033	-,020	,010	-,023	,178	-,023	
PD5	,020	,064	-,084	-,019	,105	,055	,042	-,042	,057	-,074	-,009	-,082	,007	-,038	,048	-,096	,002	-,013	-,023	,186	
Anti-image Correlation	TF1	,836 <sup>a</sup>	,139	,191	-,100	,234	-,456	-,350	-,316	-,197	-,214	-,164	,162	-,250	-,041	-,261	-,332	-,036	-,264	,387	,119
	TF2	,139	,681 <sup>a</sup>	,012	-,624	-,035	,031	,265	-,187	-,196	-,098	,067	-,354	,431	-,247	,324	-,208	,009	-,359	-,031	,288

TF3	,191	,012	,707 <sup>a</sup>	-,167	-,399	-,514	-,108	,218	-,372	,101	,165	,494	-,172	,097	-,585	,321	,154	-,274	,097	-,445
TF4	-,100	-,624	-,167	,693 <sup>a</sup>	,238	-,226	-,240	,400	-,056	,157	-,228	,399	-,495	-,045	-,361	-,080	-,103	,596	,163	-,124
TF5	,234	-,035	-,399	,238	,414 <sup>a</sup>	,101	-,091	-,102	,226	-,149	-,105	-,269	,002	-,168	,197	-,701	-,156	,296	,203	,449
TF6	-,456	,031	-,514	-,226	,101	,134 <sup>a</sup>	,123	-,557	,524	,052	,048	-,571	,422	,207	,599	-,115	-,208	,187	-,440	,248
PP1	-,350	,265	-,108	-,240	-,091	,123	,788 <sup>a</sup>	-,414	,029	-,258	,160	-,347	,165	-,410	,361	,069	,362	-,217	-,462	,270
PP2	,316	-,187	,218	,400	-,102	-,557	-,414	,676 <sup>a</sup>	-,443	-,005	-,154	,556	-,505	-,058	-,557	-,034	,090	,063	,484	-,237
PP3	-,197	-,196	-,372	-,056	,226	,524	,029	-,443	,781 <sup>a</sup>	-,286	-,331	-,314	,119	,157	,209	-,121	,124	-,065	-,164	,335
PP4	-,214	-,098	,101	,157	-,149	,052	-,258	-,005	-,286	,855 <sup>a</sup>	,012	,206	,122	,241	-,239	,189	-,335	,274	-,156	-,341
PS1	-,164	,067	,165	-,228	-,105	,048	,160	-,154	-,331	,012	,884 <sup>a</sup>	-,187	-,008	,042	,258	-,022	-,162	-,048	-,186	-,035
PS2	,162	-,354	,494	,399	-,269	-,571	-,347	,556	-,314	,206	-,187	,439 <sup>a</sup>	-,584	-,073	-,760	,379	,187	-,016	,468	-,536
PS3	-,250	,431	-,172	-,495	,002	,422	,165	-,505	,119	,122	-,008	-,584	,684 <sup>a</sup>	,053	,431	,015	-,238	,020	-,306	,034
PS4	-,041	-,247	,097	-,045	-,168	,207	-,410	-,058	,157	,241	,042	-,073	,053	,903 <sup>a</sup>	-,246	,039	-,269	,110	-,277	-,258

PS5	-,261	,324	-,585	-,361	,197	,599	,361	-,557	,209	-,239	,258	-,760	,431	-,246	,683 <sup>a</sup>	-,244	-,188	,004	-,315	,443
PD1	-,332	-,208	,321	-,080	-,701	-,115	,069	-,034	-,121	,189	-,022	,379	,015	,039	-,244	,780 <sup>a</sup>	,144	-,146	-,137	-,644
PD2	-,036	,009	,154	-,103	-,156	-,208	,362	,090	,124	-,335	-,162	,187	-,238	-,269	-,188	,144	,806 <sup>a</sup>	-,556	,049	,010
PD3	-,264	-,359	-,274	,596	,296	,187	-,217	,063	-,065	,274	-,048	-,016	,020	,110	,004	-,146	-,556	,715 <sup>a</sup>	-,128	-,068
PD4	,387	-,031	,097	,163	,203	-,440	-,462	,484	-,164	-,156	-,186	,468	-,306	-,277	-,315	-,137	,049	-,128	,754 <sup>a</sup>	-,125
PD5	,119	,288	-,445	-,124	,449	,248	,270	-,237	,335	-,341	-,035	-,536	,034	-,258	,443	-,644	,010	-,068	-,125	,669 <sup>a</sup>

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

**Communalities**

	Initial	Extraction
TF1	1,000	,782
TF2	1,000	,413
TF3	1,000	,612
TF4	1,000	,678
TF5	1,000	,804
TF6	1,000	,749
PP1	1,000	,656
PP2	1,000	,677
PP3	1,000	,723
PP4	1,000	,702
PS1	1,000	,470
PS2	1,000	,793
PS3	1,000	,819
PS4	1,000	,794
PS5	1,000	,785
PD1	1,000	,762
PD2	1,000	,577
PD3	1,000	,689
PD4	1,000	,697
PD5	1,000	,564

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,513	47,563	47,563	9,513	47,563	47,563
2	1,657	8,286	55,849	1,657	8,286	55,849
3	1,364	6,822	62,670	1,364	6,822	62,670
4	1,213	6,063	68,733	1,213	6,063	68,733
5	1,124	5,621	74,354			
6	,965	4,823	79,177			
7	,798	3,990	83,167			
8	,657	3,287	86,453			
9	,596	2,978	89,431			
10	,448	2,238	91,669			
11	,365	1,826	93,496			

12	,308	1,540	95,035		
13	,291	1,453	96,489		
14	,213	1,064	97,553		
15	,153	,764	98,317		
16	,108	,538	98,855		
17	,083	,414	99,269		
18	,062	,312	99,581		
19	,057	,287	99,868		
20	,026	,132	100,000		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component			
	1	2	3	4
TF1	,843	-,080	,158	,197
TF2	,576	,076	,200	-,190
TF3	,713	,187	,219	-,145
TF4	,684	,352	,179	,231
TF5	,294	,558	-,221	-,598
TF6	,100	,621	,505	,314
PP1	,808	-,021	,026	-,045
PP2	,750	,081	-,144	-,297
PP3	,730	-,371	-,077	-,215
PP4	,751	-,286	,129	-,199
PS1	,640	-,112	-,064	,208
PS2	,530	,106	-,666	,241
PS3	,656	,150	-,413	,442
PS4	,881	,074	-,108	-,021
PS5	,857	-,059	-,189	-,109
PD1	,794	,274	,120	-,208
PD2	,679	-,259	,142	,169
PD3	,594	-,560	,150	,004
PD4	,739	-,106	,361	,097
PD5	,681	,204	-,135	,201

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,846
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	119,877
	df	6
	Sig.	,000

### Anti-image Matrices

		NP1	NP2	NP3	NP4
Anti-image Covariance	NP1	,218	-,082	-,038	-,051
	NP2	-,082	,290	-,059	-,004
	NP3	-,038	-,059	,126	-,089
	NP4	-,051	-,004	-,089	,147
Anti-image Correlation	NP1	,897 <sup>a</sup>	-,326	-,232	-,285
	NP2	-,326	,904 <sup>a</sup>	-,311	-,021
	NP3	-,232	-,311	,795 <sup>a</sup>	-,653
	NP4	-,285	-,021	-,653	,810 <sup>a</sup>

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

### Communalities

	Initial	Extraction
NP1	1,000	,875
NP2	1,000	,820
NP3	1,000	,920
NP4	1,000	,895

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,510	87,748	87,748	3,510	87,748	87,748
2	,243	6,071	93,818			
3	,166	4,157	97,976			
4	,081	2,024	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component
	1
NP1	,935
NP2	,906
NP3	,959
NP4	,946

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,853
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	162,270
	df	6
	Sig.	,000

**Anti-image Matrices**

		CS1	CS2	CS3	CS4
Anti-image Covariance	CS1	,063	-,047	-,043	-,009
	CS2	-,047	,078	-,007	-,037
	CS3	-,043	-,007	,126	-,038
	CS4	-,009	-,037	-,038	,203
Anti-image Correlation	CS1	,786 <sup>a</sup>	-,674	-,483	-,077
	CS2	-,674	,821 <sup>a</sup>	-,070	-,294
	CS3	-,483	-,070	,892 <sup>a</sup>	-,238
	CS4	-,077	-,294	-,238	,938 <sup>a</sup>

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

**Communalities**

	Initial	Extraction
CS1	1,000	,955
CS2	1,000	,945
CS3	1,000	,922
CS4	1,000	,879

**Communalities**

	Initial	Extraction
CS1	1,000	,955
CS2	1,000	,945
CS3	1,000	,922
CS4	1,000	,879

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,700	92,511	92,511	3,700	92,511	92,511
2	,160	3,998	96,509			
3	,099	2,487	98,996			
4	,040	1,004	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component
	1
CS1	,977
CS2	,972
CS3	,960
CS4	,937

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,761
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	93,201
	df	3
	Sig.	,000

**Anti-image Matrices**

		BI1	BI2	BI3
Anti-image Covariance	BI1	,120	-,065	-,090
	BI2	-,065	,228	-,046
	BI3	-,090	-,046	,132
Anti-image Correlation	BI1	,708 <sup>a</sup>	-,395	-,714
	BI2	-,395	,867 <sup>a</sup>	-,267
	BI3	-,714	-,267	,732 <sup>a</sup>

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

**Communalities**

	Initial	Extraction
BI1	1,000	,942
BI2	1,000	,892
BI3	1,000	,933

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,767	92,225	92,225	2,767	92,225	92,225
2	,160	5,341	97,567			
3	,073	2,433	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component
	1
BI1	,971
BI2	,944
BI3	,966

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

DATE: 6/9/2012

TIME: 18:28

LISREL 8.51

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2001

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\Shanti\Documents\data1.spj:

Raw data from file data1.psf

Sample Size = 155

Latent Variables ServQual Value Satisfac BI

Relationships

TF1 TF2 TF3 TF4 PP1 PP2 PP3 PP4 PS1 PS2 PS3 PS4 PS5 PD1 PD2 PD3 PD4 PD5 = ServQual

NP1 NP2 NP3 NP4 = Value

CS1 CS2 CS3 CS4 = Satisfac

BI1 BI2 BI3 = BI

BI = Satisfac ServQual Value

Satisfac = ServQual Value

Value = ServQual

Set the Variance of BI to 1.00

Set the Variance of Satisfac to 1.00

Set the Variance of ServQual to 1.00

Set the Variance of Value to 1.00

set error variance of BI1 to 0.01

set the covariance between TF3 and TF2 free

set the covariance between TF4 and TF1 free

set the covariance between PD4 and PD3 free

set the covariance between TF4 and TF3 free

set the covariance between TF4 and TF2 free

set the covariance between TF2 and TF1 free

set the covariance between TF3 and TF1 free

set the covariance between BI2 and BI1 free

set the covariance between PD4 and PD2 free

set the covariance between PS3 and PS1 free

Options AD=OFF  
 Path Diagram  
 Method of Estimation: Maximum Likelihood  
 End of Problem

Sample Size = 155

Covariance Matrix

	NP1	NP2	NP3	NP4	CS1	CS2
NP1	1.08					
NP2	0.92	1.12				
NP3	0.93	0.97	1.17			
NP4	0.96	1.02	1.05	1.27		
CS1	0.55	0.47	0.56	0.59	0.93	
CS2	0.51	0.46	0.53	0.55	0.85	0.96
CS3	0.50	0.44	0.52	0.54	0.84	0.84
CS4	0.51	0.46	0.53	0.56	0.71	0.73
BI1	0.50	0.51	0.55	0.56	0.60	0.64
BI2	0.55	0.56	0.61	0.58	0.59	0.63
BI3	0.47	0.51	0.55	0.55	0.52	0.56
TF1	0.72	0.65	0.71	0.72	0.41	0.43
TF2	0.77	0.70	0.75	0.81	0.56	0.51
TF3	0.70	0.68	0.74	0.82	0.42	0.40
TF4	0.64	0.58	0.64	0.70	0.33	0.34
PP1	0.42	0.39	0.44	0.44	0.58	0.59
PP2	0.51	0.44	0.54	0.54	0.66	0.67
PP3	0.59	0.56	0.66	0.64	0.65	0.62
PP4	0.61	0.57	0.66	0.66	0.74	0.75
PS1	0.54	0.49	0.57	0.48	0.58	0.56
PS2	0.54	0.61	0.62	0.57	0.63	0.64
PS3	0.56	0.48	0.62	0.55	0.66	0.64
PS4	0.56	0.49	0.54	0.53	0.62	0.61
PS5	0.57	0.53	0.59	0.60	0.61	0.62
PD1	0.44	0.38	0.47	0.43	0.60	0.63
PD2	0.55	0.51	0.53	0.53	0.61	0.61
PD3	0.54	0.49	0.53	0.47	0.60	0.63
PD4	0.59	0.55	0.57	0.52	0.66	0.68
PD5	0.42	0.42	0.43	0.42	0.56	0.57

Covariance Matrix

	CS3	CS4	BI1	BI2	BI3	TF1
CS3	0.91					
CS4	0.71	0.84				
BI1	0.59	0.58	0.98			
BI2	0.62	0.59	0.86	1.07		
BI3	0.51	0.52	0.91	0.90	1.10	

TF1	0.41	0.45	0.47	0.53	0.44	0.96
TF2	0.51	0.49	0.47	0.51	0.46	0.64
TF3	0.39	0.39	0.47	0.48	0.44	0.54
TF4	0.33	0.31	0.35	0.37	0.37	0.57
PP1	0.58	0.50	0.37	0.41	0.32	0.37
PP2	0.68	0.61	0.46	0.52	0.43	0.47
PP3	0.64	0.62	0.50	0.57	0.46	0.50
PP4	0.74	0.68	0.67	0.70	0.66	0.56
PS1	0.56	0.51	0.49	0.52	0.43	0.48
PS2	0.63	0.56	0.55	0.57	0.52	0.46
PS3	0.66	0.60	0.54	0.54	0.48	0.51
PS4	0.61	0.56	0.51	0.52	0.45	0.44
PS5	0.62	0.54	0.48	0.51	0.44	0.43
PD1	0.60	0.56	0.48	0.51	0.48	0.41
PD2	0.62	0.53	0.49	0.53	0.44	0.43
PD3	0.61	0.61	0.52	0.61	0.48	0.47
PD4	0.66	0.62	0.49	0.52	0.46	0.43
PD5	0.57	0.53	0.45	0.49	0.39	0.32

Covariance Matrix

	TF2	TF3	TF4	PP1	PP2	PP3
TF2	0.96					
TF3	0.72	0.96				
TF4	0.58	0.61	0.89			
PP1	0.42	0.37	0.29	0.72		
PP2	0.53	0.42	0.39	0.57	0.88	
PP3	0.56	0.53	0.41	0.49	0.65	0.98
PP4	0.58	0.47	0.45	0.59	0.68	0.75
PS1	0.48	0.36	0.28	0.45	0.58	0.66
PS2	0.47	0.38	0.29	0.49	0.60	0.61
PS3	0.49	0.43	0.35	0.51	0.63	0.66
PS4	0.46	0.35	0.26	0.45	0.56	0.56
PS5	0.45	0.42	0.41	0.43	0.60	0.57
PD1	0.43	0.36	0.29	0.47	0.57	0.54
PD2	0.48	0.42	0.30	0.48	0.57	0.53
PD3	0.50	0.41	0.21	0.53	0.65	0.65
PD4	0.49	0.40	0.20	0.57	0.64	0.62
PD5	0.36	0.37	0.22	0.44	0.50	0.55

Covariance Matrix

	PP4	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
PP4	1.15					
PS1	0.69	0.87				
PS2	0.70	0.64	0.95			
PS3	0.74	0.68	0.70	1.01		
PS4	0.64	0.57	0.60	0.65	0.84	
PS5	0.64	0.49	0.59	0.54	0.56	0.89
PD1	0.62	0.49	0.47	0.61	0.55	0.52
PD2	0.62	0.48	0.53	0.59	0.59	0.60
PD3	0.68	0.59	0.60	0.58	0.56	0.52
PD4	0.64	0.55	0.61	0.65	0.62	0.55
PD5	0.54	0.48	0.57	0.56	0.50	0.46

Covariance Matrix

	PD1	PD2	PD3	PD4	PD5
PD1	0.86				
PD2	0.58	0.87			
PD3	0.53	0.62	0.96		
PD4	0.58	0.69	0.75	1.03	
PD5	0.53	0.50	0.54	0.61	0.85

Number of Iterations = 52

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

Measurement Equations

NP1 = 0.65\*Value, Errorvar.= 0.20 , R<sup>2</sup> = 0.81  
 (0.048) (0.028)  
 13.46 7.04

NP2 = 0.67\*Value, Errorvar.= 0.17 , R<sup>2</sup> = 0.84  
 (0.048) (0.026)  
 13.83 6.62

NP3 = 0.69\*Value, Errorvar.= 0.16 , R<sup>2</sup> = 0.87  
 (0.049) (0.025)  
 14.10 6.18

NP4 = 0.72\*Value, Errorvar.= 0.19 , R<sup>2</sup> = 0.85  
 (0.052) (0.030)  
 13.86 6.58

CS1 = 0.38\*Satisfac, Errorvar.= 0.088 , R<sup>2</sup> = 0.91  
 (0.033) (0.014)  
 11.51 6.32

CS2 = 0.38\*Satisfac, Errorvar.= 0.10 , R<sup>2</sup> = 0.89  
 (0.033) (0.015)  
 11.44 6.63

CS3 = 0.37\*Satisfac, Errorvar.= 0.076 , R<sup>2</sup> = 0.92  
 (0.032) (0.013)  
 11.57 5.97

CS4 = 0.32\*Satisfac, Errorvar.= 0.22 , R<sup>2</sup> = 0.74  
 (0.031) (0.027)  
 10.44 8.07

BI1 = 0.69\*BI, Errorvar.= 0.0100, R<sup>2</sup> = 0.99  
 (0.039)

17.64

BI2 = 0.70\*BI, Errorvar.= 0.089 , R<sup>2</sup> = 0.92  
(0.047) (0.040)  
14.68 2.24

BI3 = 0.64\*BI, Errorvar.= 0.26 , R<sup>2</sup> = 0.77  
(0.045) (0.029)  
14.22 8.87

TF1 = 0.60\*ServQual, Errorvar.= 0.60 , R<sup>2</sup> = 0.38  
(0.072) (0.070)  
8.37 8.59

TF2 = 0.66\*ServQual, Errorvar.= 0.53 , R<sup>2</sup> = 0.45  
(0.070) (0.062)  
9.34 8.53

TF3 = 0.56\*ServQual, Errorvar.= 0.64 , R<sup>2</sup> = 0.33  
(0.073) (0.075)  
7.65 8.63

TF4 = 0.44\*ServQual, Errorvar.= 0.69 , R<sup>2</sup> = 0.22  
(0.073) (0.079)  
6.13 8.69

PP1 = 0.65\*ServQual, Errorvar.= 0.30 , R<sup>2</sup> = 0.59  
(0.058) (0.036)  
11.19 8.35

PP2 = 0.79\*ServQual, Errorvar.= 0.26 , R<sup>2</sup> = 0.71  
(0.061) (0.032)  
12.85 8.05

PP3 = 0.80\*ServQual, Errorvar.= 0.34 , R<sup>2</sup> = 0.65  
(0.066) (0.042)  
12.08 8.21

PP4 = 0.89\*ServQual, Errorvar.= 0.37 , R<sup>2</sup> = 0.68  
(0.071) (0.045)  
12.48 8.14

PS1 = 0.73\*ServQual, Errorvar.= 0.34 , R<sup>2</sup> = 0.61  
(0.063) (0.041)  
11.54 8.28

PS2 = 0.78\*ServQual, Errorvar.= 0.34 , R<sup>2</sup> = 0.64  
(0.065) (0.041)  
11.93 8.24

PS3 = 0.81\*ServQual, Errorvar.= 0.35 , R<sup>2</sup> = 0.65  
(0.067) (0.043)  
12.08 8.20

PS4 = 0.74\*ServQual, Errorvar.= 0.29 , R<sup>2</sup> = 0.66  
(0.061) (0.035)  
12.19 8.19

PS5 = 0.73\*ServQual, Errorvar.= 0.36 , R<sup>2</sup> = 0.59  
(0.064) (0.043)  
11.29 8.34

PD1 = 0.71\*ServQual, Errorvar.= 0.35 , R<sup>2</sup> = 0.59  
(0.063) (0.043)  
11.18 8.35

PD2 = 0.74\*ServQual, Errorvar.= 0.33 , R<sup>2</sup> = 0.62  
(0.063) (0.040)  
11.63 8.28

PD3 = 0.77\*ServQual, Errorvar.= 0.36 , R<sup>2</sup> = 0.62  
(0.066) (0.044)  
11.65 8.28

PD4 = 0.80\*ServQual, Errorvar.= 0.39 , R<sup>2</sup> = 0.62  
(0.068) (0.046)  
11.67 8.33

PD5 = 0.67\*ServQual, Errorvar.= 0.40 , R<sup>2</sup> = 0.53  
(0.064) (0.047)  
10.43 8.43

Error Covariance for BI2 and BI1 = -0.12  
(0.023)  
-5.15

Error Covariance for TF2 and TF1 = 0.24  
(0.051)  
4.69

Error Covariance for TF3 and TF1 = 0.21  
(0.054)  
3.82

Error Covariance for TF3 and TF2 = 0.35  
(0.056)  
6.24

Error Covariance for TF4 and TF1 = 0.30  
(0.058)  
5.19

Error Covariance for TF4 and TF2 = 0.29  
(0.055)  
5.21

Error Covariance for TF4 and TF3 = 0.36

(0.062)  
5.78

Error Covariance for PS3 and PS1 = 0.089  
(0.031)  
2.88

Error Covariance for PD4 and PD2 = 0.088  
(0.030)  
2.95

Error Covariance for PD4 and PD3 = 0.12  
(0.033)  
3.60

#### Structural Equations

Value = 1.05\*ServQual, Errorvar.= 1.00, R<sup>2</sup> = 0.52  
(0.13)  
8.20

Satisfac = - 0.27\*Value + 2.50\*ServQual, Errorvar.= 1.00, R<sup>2</sup> = 0.83  
(0.11) (0.31)  
-2.48 8.01

BI = 0.17\*Value + 0.22\*Satisfac + 0.32\*ServQual, Errorvar.= 1.00, R<sup>2</sup> = 0.51  
(0.090) (0.096) (0.28)  
1.90 2.33 1.14

#### Reduced Form Equations

Value = 1.05\*ServQual, Errorvar.= 1.00, R<sup>2</sup> = 0.52  
(0.13)  
8.20

Satisfac = 2.21\*ServQual, Errorvar.= 1.07, R<sup>2</sup> = 0.82  
(0.25)  
8.81

BI = 0.99\*ServQual, Errorvar.= 1.06, R<sup>2</sup> = 0.48  
(0.11)  
8.69

#### Correlation Matrix of Independent Variables

ServQual  
-----  
1.00

#### Covariance Matrix of Latent Variables

	Value	Satisfac	BI	ServQual
Value	2.10			
Satisfac	2.05	5.96		
BI	1.15	2.39	2.05	
ServQual	1.05	2.21	0.99	1.00

#### Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 362

Minimum Fit Function Chi-Square = 630.75 (P = 0.00)

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 558.48 (P = 0.00)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 196.48

90 Percent Confidence Interval for NCP = (136.51 ; 264.41)

Minimum Fit Function Value = 4.10

Population Discrepancy Function Value (F0) = 1.28

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.89 ; 1.72)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.059

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.049 ; 0.069)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.059

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 4.57

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (4.19 ; 5.02)

ECVI for Saturated Model = 5.65

ECVI for Independence Model = 33.20

Chi-Square for Independence Model with 406 Degrees of Freedom = 5054.86

Independence AIC = 5112.86

Model AIC = 704.48

Saturated AIC = 870.00

Independence CAIC = 5230.12

Model CAIC = 999.65

Saturated CAIC = 2628.89

Normed Fit Index (NFI) = 0.88

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.94

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.78

Comparative Fit Index (CFI) = 0.94

Incremental Fit Index (IFI) = 0.94

Relative Fit Index (RFI) = 0.86

Critical N (CN) = 105.38

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.071

Standardized RMR = 0.069

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.80

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.76

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.67

The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between and Decrease in Chi-Square New Estimate

TF2	CS1	11.0	0.05

PS1	NP4	9.1	-0.07
PS1	PP3	8.0	0.08
PS2	NP2	13.3	0.08
PD1	PS2	9.3	-0.09
PD3	TF4	9.3	-0.09

Time used: 0.406 Seconds

