



**HUBUNGAN KECEMASAN KOMUNIKASI ANTARBUDAYA
DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT RAWAT
INAP RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**

SKRIPSI

Oleh
Putra Pramadita Fachruz Za'im
NIM 182310101191

**PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2023**



**HUBUNGAN KECEMASAN KOMUNIKASI ANTARBUDAYA
DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT RAWAT
INAP RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh
Putra Pramadita Fachruz Za'im
NIM 182310101191

**PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2023**

SKRIPSI

**HUBUNGAN KECEMASAN KOMUNIKASI ANTARBUDAYA
DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT RAWAT
INAP RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**

Oleh :
Putra Pramadita Fachruz Za'im
NIM 182310101191

Pembimbing

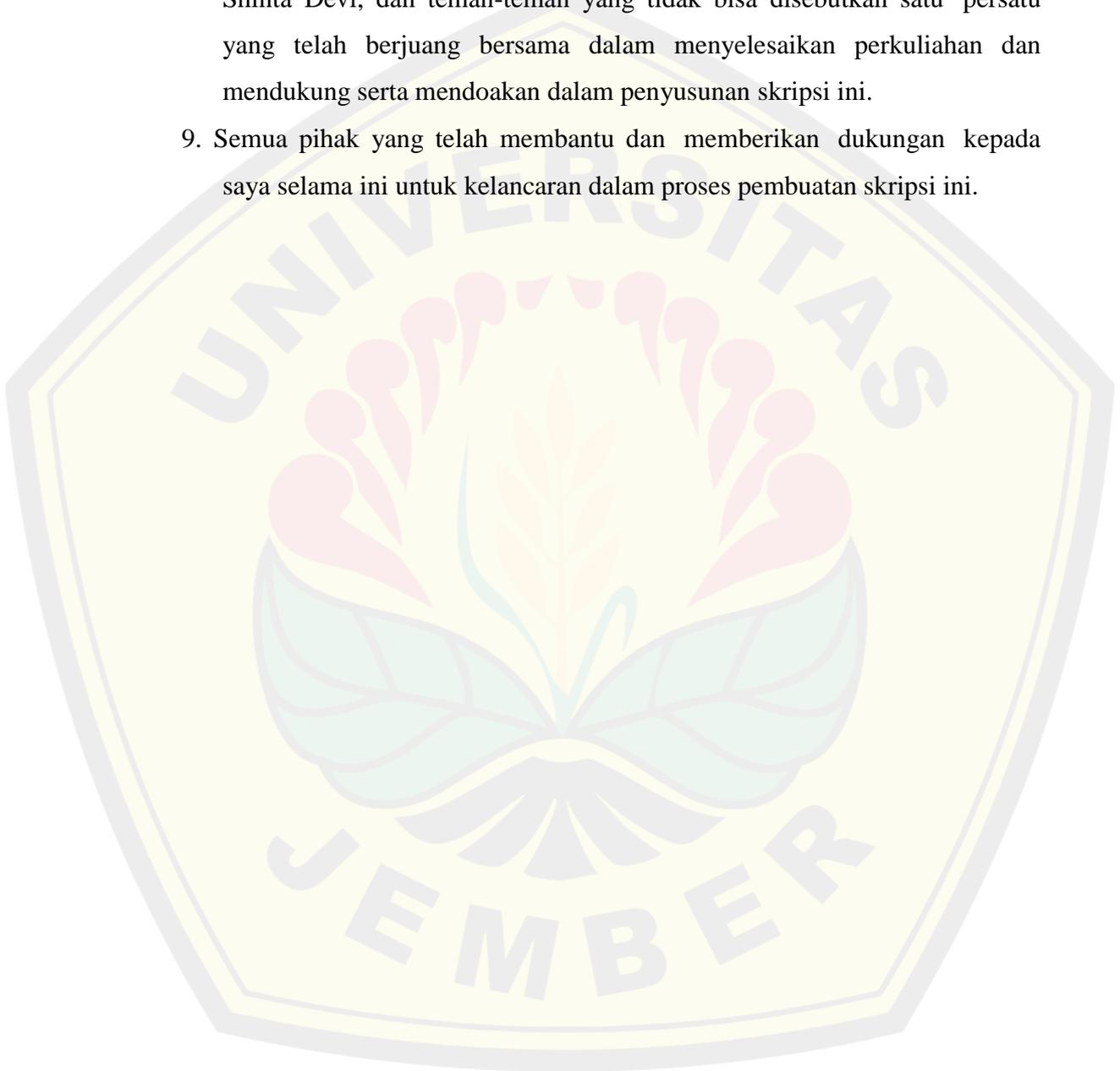
Dosen Pembimbing Utama : Ns. Retno Purwandari, M.Kep.
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Kholid Rosyidi M.N., S.Kep., MNS.

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT, Alhamdulillah Jaza Humullohu Khoiro kepada para perantara agama khususnya Nabi Muhammad SAW dan Alhamdulillah Jaza Humullohu Khoiro kepada orang yang membantu dalam terselesaikannya skripsi ini, peneliti mempersembahkan skripsi ini kepada :

1. Kedua orang tua Ayahanda Achmad Mas Udi dan Ibunda Sri Hartatik yang memberi dukungan moral maupun material, pengorbanan waktu, tenaga, dan kekuatannya, serta senantiasa mengajarkan kesabaran, keikhlasan serta memberikan semangat dan saran kepada saya. Terimakasih untuk segalanya.
2. Nenek Mudjiati dan kedua adik Rasyidah Primadita Anggraeni serta Ahmad Naufal Azmi Pramadita dan juga kepada segenap keluarga yang selalu memberikan semangat, doa, dan dukungan terbaiknya.
3. Ns. Eka Afdi Septiyono, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan perhatian, dukungan, dan motivasi pada proses perkuliahan serta bimbingan dan arahnya dengan penuh lapang dada dan sabar.
4. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang selalu memberikan motivasi, bimbingan, arahan, dan saran dengan sepenuh hati dan sabar dalam proses penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
5. Ns. Kholid Rosyidi Muhammad Nur, S.Kep., MNS., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan saran dengan lapang dalam proses penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
6. Almamater tercinta kampus biru Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang saya banggakan beserta seluruh dosen dan civitas akademi yang membimbing, mendidik, memberikan dukungan serta motivasi untuk saya dalam menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.

7. Keluarga besar Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2018 dan khususnya teman-teman kelas D-2018 tercinta yang bersama-sama menyelesaikan proses perkuliahan dan perjuangan menuju gelar sarjana.
8. Sahabat-sahabat tercinta di jember, Ahmad Fajar Sidiq, Farel G.A. Ariyanto, Mardlotillah Kusumaning Arum, Cassia Daras Firjatullah, Shinta Devi, dan teman-teman yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan perkuliahan dan mendukung serta mendoakan dalam penyusunan skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada saya selama ini untuk kelancaran dalam proses pembuatan skripsi ini.



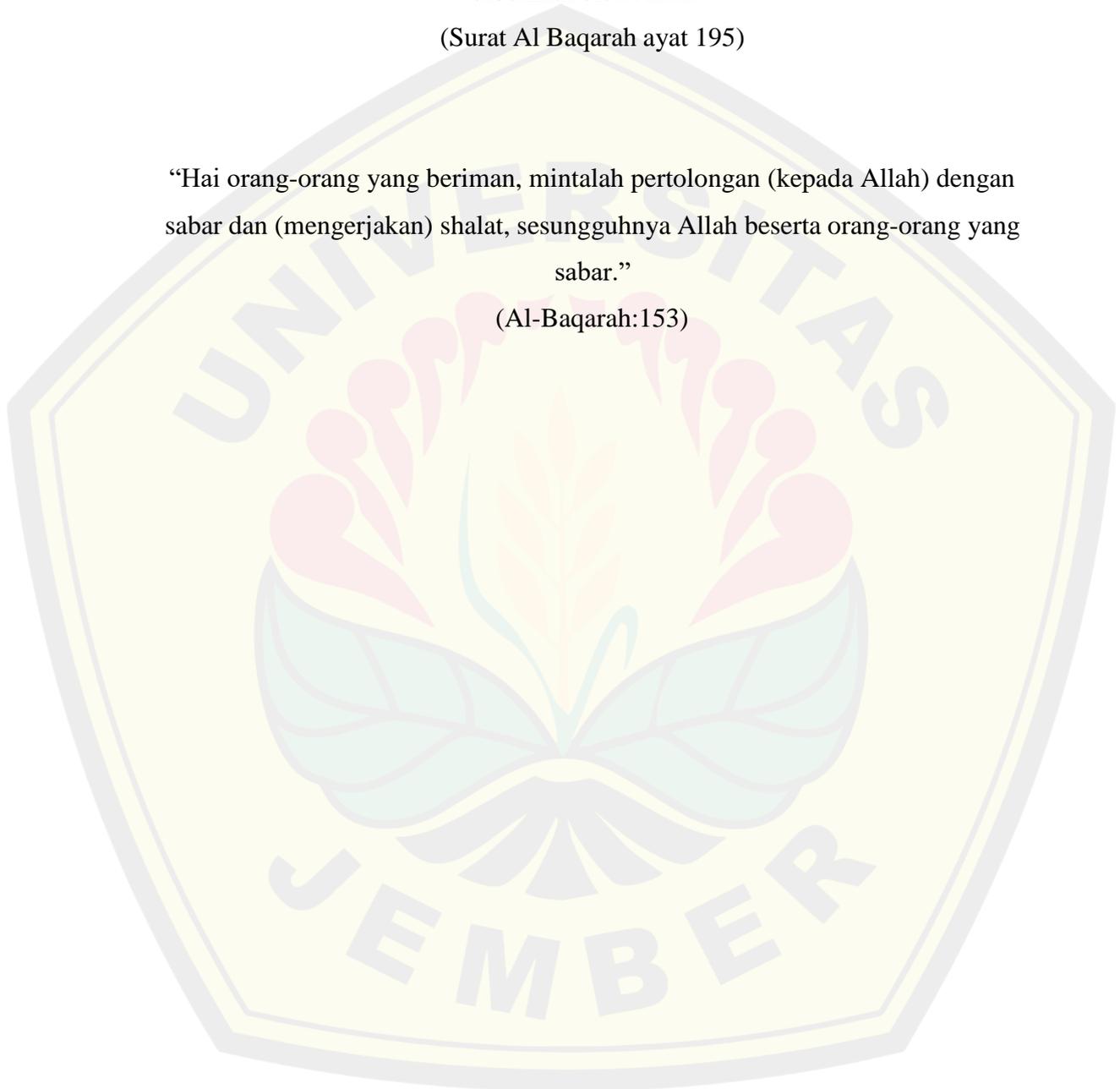
MOTTO

“Orang-orang yang tidak menjaga kesehatan termasuk dalam golongan orang yang menjatuhkan diri dalam kebinasaan. Sebab, tidak merawat apa yang telah diberikan oleh Allah.”

(Surat Al Baqarah ayat 195)

“Hai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan (mengerjakan) shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.”

(Al-Baqarah:153)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM : 182310101191

Menyatakan bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang” yang saya tulis benar-benar adalah karya saya sendiri bukan karya plagiat, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis dan belum pernah diajukan dalam institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil plagiat, maka saya bersedia sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun.

Jember, 19 September 2022

Yang Menyatakan



Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM. 182310101191

PENGESAHAN

Skripsi Berjudul “Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang” karya Putra Pramadita Fachruz Za’im telah diuji dan disahkan pada:

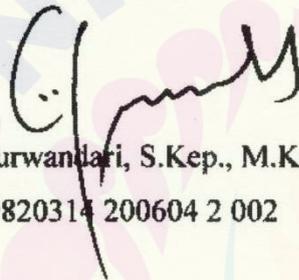
Hari, Tanggal : Jumat, 13 Januari 2023

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

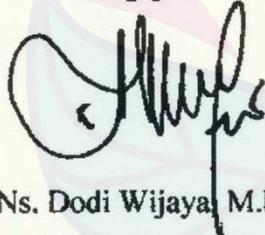


Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002



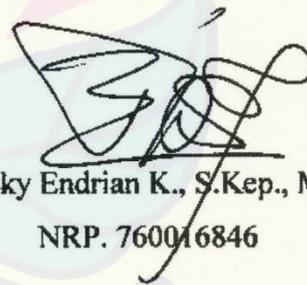
Ns. Kholid Rosyidi M. N., S.Kep., MNS.
NRP. 760016843

Penguji I



Dr. Ns. Dodi Wijaya, M.Kep.
NIP. 19820622 201012 1 002

Penguji II



Ns. Dicky Endrian K., S.Kep., M.Kep.
NRP. 760016846

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.

NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbdaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang (*The Relationship between Intercultural Communication Apprehension and Therapeutic Communication in Inpatient Nurses at RSUD. Dr Haryoto Lumajang*)

Putra Pramadita Fachruz Za'im

Faculty of Nursing, Jember University

ABSTRACT

Intercultural communication apprehension is a negative emotion in the form of fear or anxiety that occurs as a result of actual or anticipated interactions with people from different cultural or ethnic backgrounds. While therapeutic communication is a communication carried out by nurses in communicating with clients to build interpersonal relationships. Intercultural communication anxiety will make someone tend to avoid communication so that they can affect the implementation of therapeutic communication needed to carry out optimal nursing care. This research was conducted to determine the relationship between intercultural communication apprehension and therapeutic communication in inpatient nurses at RSUD dr. Haryoto Lumajang. This research used a correlational quantitative research design with a cross-sectional survey design approach. The research sample consisted of 98 nurse respondents who were determined through the total sampling technique. Data was obtained by filling out the Personal Report of Intercultural Communication Appreciation (PRICA) questionnaire and the therapeutic communication questionnaire. The results showed that the anxiety level of intercultural communication among nurses was mostly at a moderate level with a total of 69 nurses (70.4%). The implementation of nurse therapeutic communication is mostly at a good level with a total of 82 nurses (83.7%). The Kendall's Tau-B test showed that there was no significant relationship between intercultural communication anxiety and nurses' therapeutic communication with a p value of 0.698. The level of communication anxiety can be influenced by gender, as well as ethnocentrism which is influenced by the location of the study. While the results of research related to therapeutic communication can be influenced by factors of age, gender, culture and language, level of education, as well as length of work of nurses. Nurses' understanding regarding these factors is needed to avoid intercultural communication anxiety and to be able to improve therapeutic communication that can affect the quality of health services.

Keywords: *intercultural communication, therapeutic communication, nurse, ward*

RINGKASAN

Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang, Putra Pramadita Fachruz Za'`im, 182310101191, 2023, 105 halaman, Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Pelaksanaan pelayanan keperawatan dilakukan secara holistik yang mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual yang bertujuan untuk membantu peningkatan kualitas kesehatan klien. Dalam memenuhi kebutuhan sosiokultural klien, perbedaan budaya dapat mempengaruhi proses komunikasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Kecemasan komunikasi antarbudaya yang muncul sebagai emosi negatif dalam bentuk rasa cemas atau takut saat berkomunikasi dengan orang-orang dengan latar belakang budaya yang berbeda. Dalam melakukan komunikasi terapeutik yang efektif, perawat diharuskan dapat beradaptasi dengan perbedaan budaya klien sehingga kecemasan komunikasi antarbudaya dapat menjadi hambatan dalam melakukan komunikasi terapeutik yang efektif. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif korelasional dengan pendekatan desain *survey cross sectional* yang dilakukan dalam satu waktu. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 98 perawat yang ditentukan menggunakan teknik sampling *total sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah perawat primer atau ketua tim dan perawat pelaksana atau perawat asosiasi yang bersedia menjadi responden dan bekerja di ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto Lumajang. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension (PRICA)* dan kuesioner Komunikasi Terapeutik. Analisis univariat data kategorik demografi responden ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentase sedangkan data numerik demografi responden ditampilkan dalam bentuk rerata dan standar deviasi serta median dan data

minimal-maksimal. Analisis bivariate untuk mencari hubungan antara kedua variabel dilakukan menggunakan uji non-parametrik kendall's tau-b.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya responden memiliki tingkat sedang terbanyak dengan jumlah 69 responden (70,4%). Sedangkan hasil interpretasi kuesioner komunikasi terapeutik menunjukkan hasil terbanyak berada pada tingkat baik dengan jumlah 82 responden (83,7%). Analisa data menggunakan uji non-parametrik kendall's tau-b menunjukkan hasil nilai *p value* sebesar 0,698 dengan nilai *r* sebesar 0,039. Hasil tersebut membuat H_0 penelitian diterima yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara variable kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik.

Hasil tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang sebagian besar berada pada tingkat sedang dapat terjadi akibat adanya faktor seperti jenis kelamin, dan kondisi geografis lokasi penelitian yang mempengaruhi etnsentrisme, yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan antarbudaya. Sedangkan nilai komunikasi terapeutik yang sebagian besar berada pada tingkat baik dapat terjadi karena faktor-faktor yang dapat mempengaruhi seperti usia, jenis kelamin, budaya dan bahasa, serta tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik. Adapun hasil terkait hubungan kedua variabel dapat terjadi akibat adanya faktor pengetahuan serta lokasi penelitian yang mempengaruhi etnosentrisme serta bahasa yang digunakan yang dapat mempengaruhi hubungan kedua variabel.

Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang. Dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengetahuan bagi perawat untuk dapat menjaga serta meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada klien.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang". Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Retno Purwandari, M.Kep., selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Ns. Kholid Rosyidi Muhammad Nur, S.Kep, MNS., selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. RSUD dr. Haryoto Lumajang yang telah memberikan ijin dan bantuan untuk melakukan studi pendahuluan;
5. Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang memberikan fasilitas dan kelancaran dalam menempuh studi;
6. Berbagai pihak yang telah berperan dalam membantu menyelesaikan proposal skripsi.

Peneliti juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, 9 Januari 2023

Peneliti

DAFTAR ISI

| | |
|---|--------------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PEMBIMBING | iii |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | iv |
| HALAMAN MOTTO | vi |
| HALAMAN PERNYATAAN | vii |
| HALAMAN PENGESAHAN | viii |
| HALAMAN ABSTRAK | ix |
| HALAMAN RINGKASAN | x |
| PRAKATA | xii |
| DAFTAR ISI | xiii |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR GAMBAR | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 6 |
| 1.4.1 Manfaat bagi Peneliti | 6 |
| 1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan..... | 6 |
| 1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan | 6 |
| 1.4.4 Manfaat bagi Instansi Rumah Sakit..... | 6 |
| 1.5 Keaslian Penelitian | 7 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| 2.1 Konsep Budaya dalam Komunikasi Antarbudaya | 9 |
| 2.1.1 Pengertian Budaya dalam Komunikasi Antarbudaya | 9 |
| 2.1.2 Pengaruh Budaya terhadap Proses Asuhan Keperawatan..... | 9 |
| 2.1.3 Komunikasi Antarbudaya dalam Konsep Teori Keperawatan Transkultural..... | 13 |
| 2.2 Pentingnya Komunikasi Antarbudaya | 14 |
| 2.2.1 Jenis-Jenis Komunikasi Dalam Budaya..... | 15 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 2.2.2 | Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Antarbudaya..... | 16 |
| 2.2.3 | Pedoman Komunikasi Berbasis Budaya..... | 18 |
| 2.3 | Kecemasan Komunikasi Antarbudaya..... | 21 |
| 2.4 | Konsep Komunikasi Terapeutik | 24 |
| 2.4.1 | Definisi Komunikasi Terapeutik | 24 |
| 2.4.2 | Tujuan Komunikasi Terapeutik | 24 |
| 2.4.3 | Komunikasi Efektif..... | 25 |
| 2.4.4 | Hubungan Perawat-Pasien dalam Komunikasi Terapeutik | 25 |
| 2.4.5 | Fase Implementasi Komunikasi Terapeutik | 26 |
| 2.4.6 | Teknik Komunikasi Terapeutik | 28 |
| 2.4.7 | Faktor-Faktor Penghambat dalam Komunikasi Terapeutik..... | 31 |
| 2.5 | Alat Ukur Penelitian..... | 34 |
| 2.5.1 | Kuesioner Kecemasan Komunikasi Antarbudaya PRICA (Personal Report of Intercultural Communication Apprehension Scale) | 34 |
| 2.5.2 | Kuesioner Komunikasi Terapeutik | 34 |
| 2.6 | Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dan Komunikasi Terapeutik | 35 |
| 2.7 | Kerangka Teori..... | 36 |
| BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS | | 37 |
| 3.1 | Kerangka Konsep | 37 |
| 3.2 | Hipotesis | 38 |
| BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN | | 39 |
| 4.1 | Desain Penelitian..... | 39 |
| 4.2 | Populasi dan Sampel Penelitian | 39 |
| 4.2.1 | Populasi Penelitian | 39 |
| 4.2.2 | Sampel Penelitian | 40 |
| 4.2.3 | Teknik Sampling..... | 40 |
| 4.2.4 | Kriteria Sampel Penelitian | 40 |
| 4.3 | Lokasi Penelitian..... | 41 |
| 4.5 | Definisi Operasional | 42 |
| 4.6 | Pengumpulan Data | 43 |
| 4.6.1 | Sumber Data | 43 |
| 4.6.2 | Teknik Pengumpulan Data | 43 |
| 4.6.3 | Alat Pengumpul Data..... | 45 |
| 4.6.4 | Uji Validitas dan Uji Reliabilitas..... | 46 |
| 4.7 | Pengolahan Data | 48 |
| 4.7.1 | <i>Editing</i> | 48 |
| 4.7.2 | <i>Coding</i> | 48 |
| 4.7.3 | Entry Data..... | 49 |
| 4.7.4 | <i>Cleaning</i> | 49 |
| 4.8 | Analisa Data | 50 |

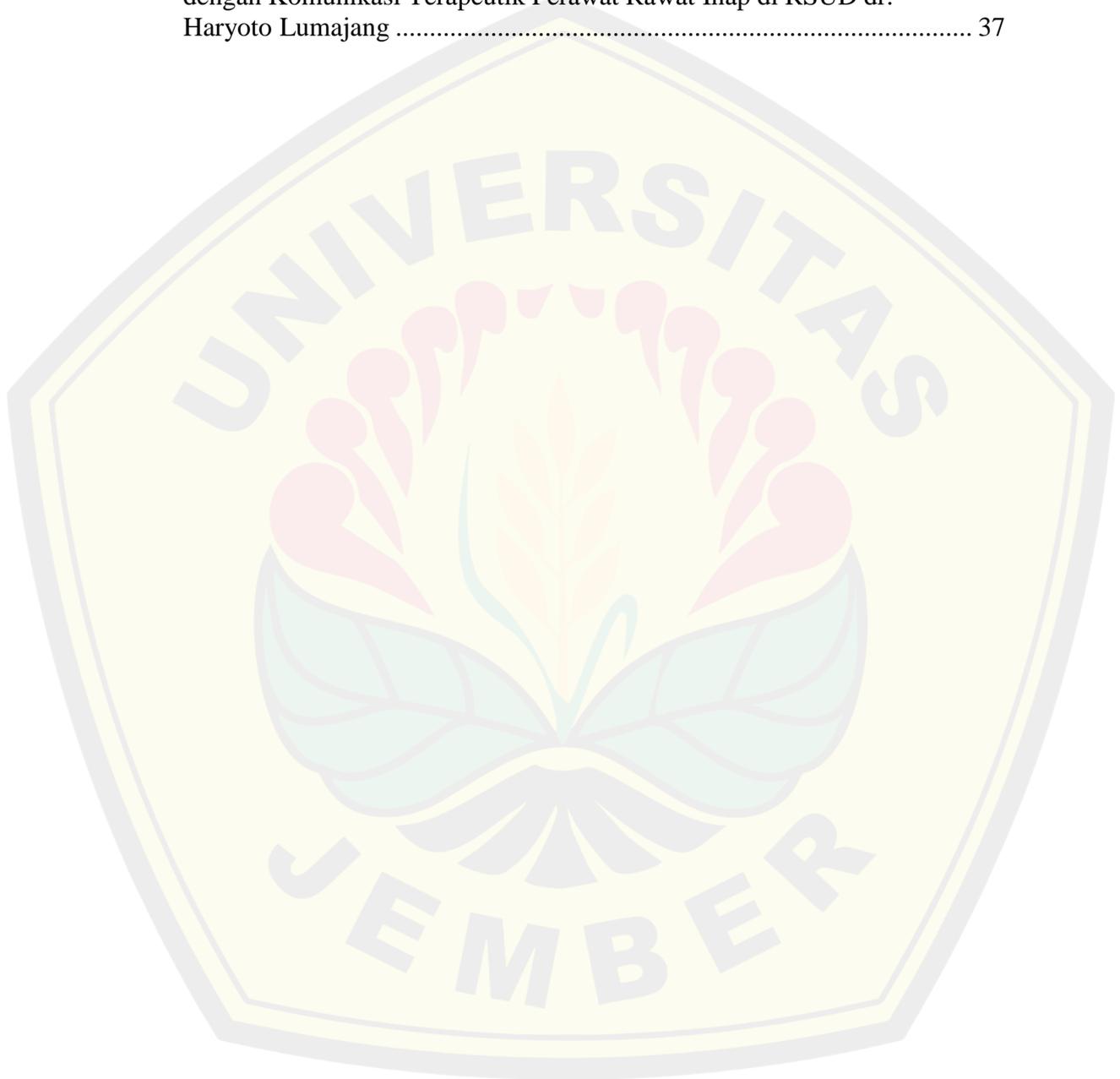
| | | |
|-----------------------------|---|-----------|
| 4.8.1 | Analisa Univariat | 50 |
| 4.8.2 | Analisa Bivariat | 50 |
| 4.9 | Etika Penelitian | 50 |
| 4.9.1 | Menghormati otonomi pasien (<i>respect of the autonomy</i>)..... | 51 |
| 4.9.2 | Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)..... | 51 |
| 4.9.3 | Keadilan (<i>Justice</i>)..... | 51 |
| 4.9.4 | Kemanfaatan (<i>Beneficence</i>)..... | 52 |
| BAB 5. | HASIL DAN PEMBAHASAN | 53 |
| 5.1 | Hasil Penelitian | 53 |
| 5.1.1 | Data Umum..... | 53 |
| 5.1.2 | Data Khusus..... | 55 |
| 5.2 | Pembahasan | 58 |
| 5.2.1 | Karakteristik Responden..... | 58 |
| 5.2.2 | Gambaran Kecemasan Komunikasi Antarbudaya..... | 61 |
| 5.2.3 | Gambaran Komunikasi Terapeutik..... | 64 |
| 5.2.4 | Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang | 67 |
| 5.3 | Keterbatasan Penelitian | 70 |
| BAB 6. | PENUTUP | 71 |
| 6.1 | Kesimpulan..... | 71 |
| 6.2 | Saran | 72 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 73 |
| LAMPIRAN..... | | 81 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| 1.1 Keaslian Penelitian..... | 7 |
| 4.1 Definisi Operasional..... | 42 |
| 4.2 <i>Blue Print Personal Report of Intercultural Communication</i> <i>Apprehension (PRICA)</i> | 46 |
| 4.3 Blue Print Kuesioner Komunikasi Terapeutik | 46 |
| 4.4 Jumlah Panel dan Implikasi Terhadap Nilai CVI yang Diterima..... | 47 |
| 4.5 Kalkulasi Penilaian <i>Content Validity Index (CVI)</i> | 47 |
| 4.6 <i>Coding</i> | 48 |
| 5.1 Rerata Data Numerik Umur & Lama Bekerja Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=98)..... | 53 |
| 5.2 Distribusi Data Kategorik Karakteristik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=98)..... | 53 |
| 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Komunikasi Antarbudaya Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang..... | 56 |
| 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang | 57 |
| 5.5 Analisis Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang bulan November-Desember | 57 |

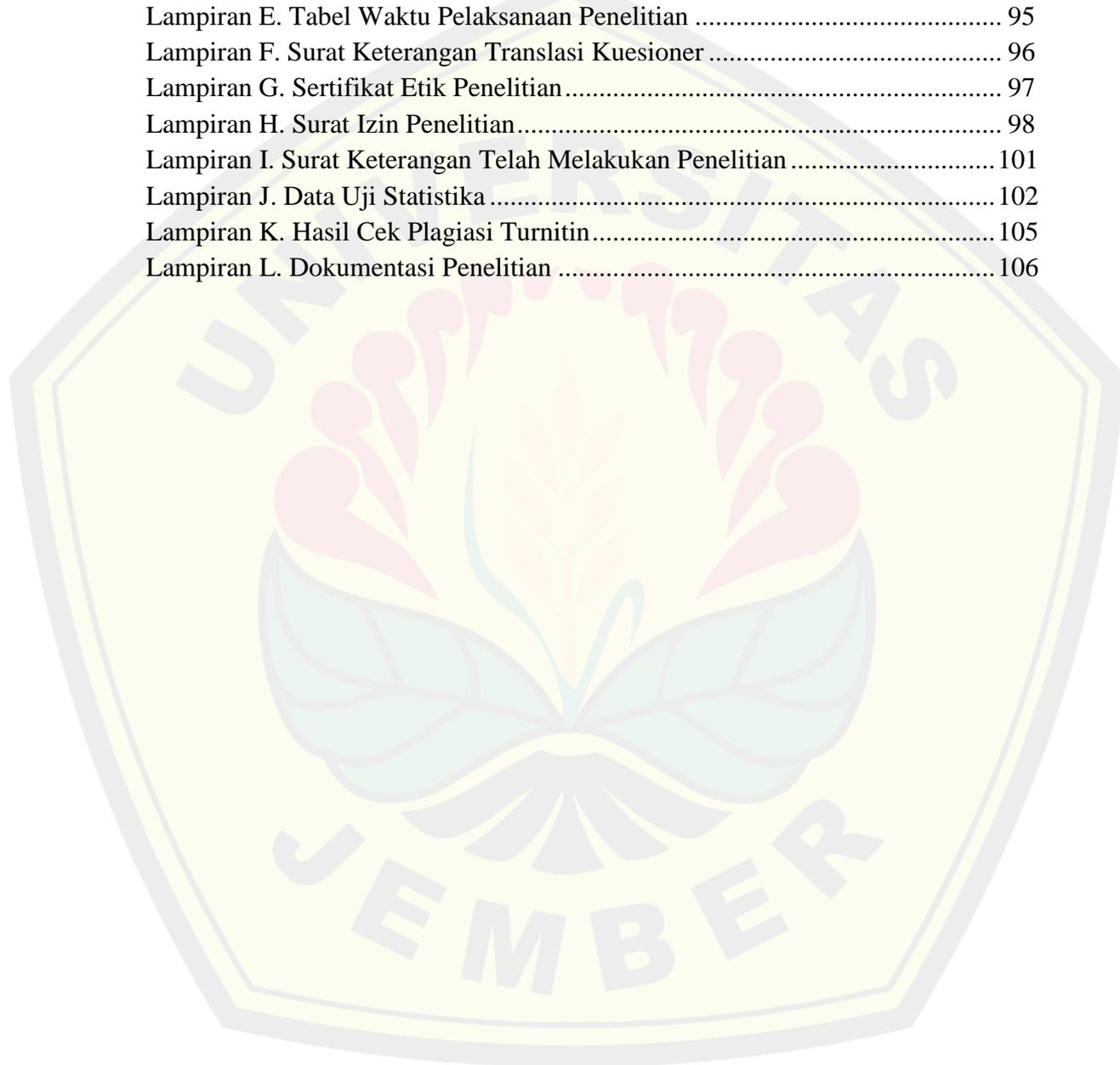
DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang | 36 |
| 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang | 37 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran A. Lembar <i>Informed</i> | 82 |
| Lampiran B. Lembar <i>Consent</i> | 83 |
| Lampiran C. Kuesioner Penelitian..... | 84 |
| Lampiran D. Form Penilaian Validitas (CVI) Kuesioner | 90 |
| Lampiran E. Tabel Waktu Pelaksanaan Penelitian | 95 |
| Lampiran F. Surat Keterangan Translasi Kuesioner | 96 |
| Lampiran G. Sertifikat Etik Penelitian..... | 97 |
| Lampiran H. Surat Izin Penelitian..... | 98 |
| Lampiran I. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian | 101 |
| Lampiran J. Data Uji Statistika | 102 |
| Lampiran K. Hasil Cek Plagiasi Turnitin..... | 105 |
| Lampiran L. Dokumentasi Penelitian | 106 |



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014). Di dalam pelaksanaannya, pelayanan keperawatan dilaksanakan secara holistik. Perawatan holistik didefinisikan sebagai tindakan perawatan yang memandang pasien sebagai satu kesatuan yang saling berkaitan dalam aspek biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual (Valizadeh et al, 2017). Dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan holistik merupakan bentuk pelayanan keperawatan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual dalam rangka meningkatkan kesehatan pasien.

Sosiokultural merupakan salah satu unsur dalam perawatan pasien secara holistik. Sosiokultural dapat didefinisikan sebagai unsur yang mengandung makna sosial dan budaya. Sosial didefinisikan sebagai hubungan antar manusia yang didalamnya terdapat sistem hidup bermasyarakat. Sedangkan budaya merupakan buah pikir manusia dalam hubungan timbal balik dengan alam dan lingkungan hidup dan mencangkup hasil dari cipta, rasa, karsa dan karya, baik fisik materil maupun psikologis, idiil dan spritual (Ranjabar, 2006). Perbedaan budaya antara perawat dan pasien seringkali menjadi faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan. Penelitian oleh Fite (2019) didapatkan hasil adanya perbedaan budaya dalam berkomunikasi mempengaruhi komunikasi terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien. Menurut April (2018) budaya merupakan salah satu faktor yang menjadi penghambat dalam komunikasi terapeutik. Komunikasi merupakan bagian penting dalam pemahaman antarbudaya dimana didalamnya mengandung norma, makna, perilaku, dan sikap yang membedakan kelompok budaya satu dengan budaya lain (Brunton & Cook, 2018). Salah satu

faktor yang mempengaruhi proses komunikasi adalah latar belakang sosial budaya (Damaiyanti, 2010).

Konsep “komunikasi antarbudaya” muncul akibat peningkatan keragaman budaya secara bertahap yang membuat orang dengan budaya-budaya berbeda harus dapat hidup berdampingan satu sama lain (Cakir 2010). Konsep komunikasi antarbudaya merupakan proses interaksi antara pasien dari budaya yang berbeda dan profesional kesehatan berdasarkan pemahaman budaya (Bayik, 2011., Akova, 2016). Komunikasi antarbudaya mempertimbangkan hubungan antar individu, serta penafsiran pesan oleh individu (Bozkaya & Aydin, 2010). Komunikasi antarbudaya adalah proses interaksi antara pasien dan perawat dari budaya yang berbeda berdasarkan pemahaman budaya mereka sendiri. Kompetensi komunikasi perlu ditingkatkan sehingga dalam melakukan komunikasi antarbudaya seseorang dapat mengakui, menghormati, dan menoleransi perbedaan budaya individu antara budaya yang berbeda, dan berkomunikasi secara efektif dalam konteks budaya yang berbeda (Bayik, 2011., Chan & Sy, 2016., Henderson et al, 2016).

Perbedaan karakteristik dari setiap kelompok budaya dapat menimbulkan kesalahpahaman saat berkomunikasi dengan keluarga pasien (Arumsari et al., 2016). Dalam praktiknya, pasien yang menghadapi hambatan komunikasi antarbudaya dengan perawat berbeda latar belakang budaya akan kesulitan dalam menerima informasi yang disampaikan oleh perawat dalam proses perawatannya (Abdullah, 2022). Dalam proses pemberian asuhan keperawatan beberapa orang merasa sangat sulit untuk berkomunikasi dengan orang-orang dari budaya lain dikarenakan adanya hambatan berupa kecemasan komunikasi antarbudaya. Oleh karena itu menghilangkan salah satu hambatan komunikasi, yaitu *Intercultural Communication Apprehension*, atau kecemasan komunikasi antarbudaya dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja dalam lingkungan multikultural (Trisasanti et al., 2020).

Kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan bentuk reaksi negatif dari individu berupa kecemasan yang dialami seseorang ketika berkomunikasi, baik komunikasi antar pribadi, komunikasi di depan umum, maupun komunikasi massa (Prabowo & Fatonah, 2014). Orang dengan tingkat tingkat kecemasan komunikasi

antarbudaya yang tinggi menghindari interaksi dengan orang-orang dari kelompok lain. Tingkat kecemasan yang berbeda mempengaruhi komunikasi, terutama motivasi psikologis seseorang untuk memulai atau mempertahankan komunikasi antarbudaya (Neuliep, 1997., Kim, 2017). Perawat dalam lingkungan multikultural harus dapat memahami persamaan dan perbedaan budaya mereka sendiri dan budaya orang lain yang terlibat dalam komunikasi. Perbedaan tersebut dapat mempengaruhi pemikiran dan perilaku. Perawat diharuskan peka terhadap perbedaan budaya dan perspektif orang-orang dari budaya lain dan berkomunikasi secara efektif (Henderson et al, 2016). Hal tersebut dilakukan untuk melakukan komunikasi yang dapat mendukung proses penyembuhan pasien.

Konsep komunikasi terapeutik berdasar pada proses dimana perawat secara sadar mempengaruhi klien mereka dan membantu mereka untuk lebih memahami diri mereka sendiri melalui komunikasi verbal atau non-verbal (Sherko et al. 2013). Komunikasi terapeutik merupakan suatu proses komunikasi terencana untuk mendukung penyembuhan pasien (Damaiyanti, 2010). Komunikasi terapeutik ditujukan untuk mengembangkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien untuk menjadi landasan yang diperlukan dalam setiap aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, menjaga kesehatan, atau mengobati masalah kesehatan pasien (Zivanovic & Ciric 2018).

Indonesia merupakan negara dengan budaya dan bahasa yang berbeda-beda. Keanekaragaman ini juga mempengaruhi faktor kesehatan. Selain ras yang berbeda, setiap kelompok etnis juga sangat bervariasi dalam ukuran dan jumlah penduduknya. Salah satunya adalah kawasan budaya Pandhalungan yang secara geografis terletak di kawasan Tapal Kuda Jawa Timur. Budaya Pandhalungan merupakan sebuah budaya yang tercipta dari akulturasi budaya etnis dominan di wilayah Tapal Kuda meliputi kabupaten/kota Pasuruan, Probolinggo, Situbondo, Bondowoso, Jember, Banyuwangi, dan Lumajang (Zoebazary, 2017., Satrio, 2019., Zamroni, 2021). Sebagian besar masyarakat lahir dan besar di lingkungan etnik Madura dan Jawa yang kaya, terbukti dari pencampuran budaya dan bahasa masing-masing etnik (Satrio, 2019). Namun, Pandhalungan tidak hanya berfokus

pada budaya dari dua kelompok etnis dominan, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh ukuran komunitas dominan di wilayah tersebut (Yuswadi, 2016).

Kabupaten Lumajang dengan faktor geografisnya melahirkan budaya Pandhalungan yang berasal dari asimilasi budaya etnis Jawa, Madura, dan Tengger. Interaksi antar etnis menimbulkan munculnya asimilasi budaya berupa bahasa dan dialek, yaitu daerah transisi dialek Madura timur dengan dialek Madura barat, daerah transisi bahasa Madura ke Jawa, daerah kontak antara bahasa Jawa dengan bahasa Madura, daerah pencilan bahasa Madura serta daerah pencilan dialek Tengger, dan daerah pakai dialek Jawatimuran (Savitri, dkk., 2018). Eksistensi masyarakat multietnik pada akhirnya mengarah pada masyarakat multikultural. Dalam konteks multikultural, isu keragaman budaya memiliki implikasi serius bagi kesehatan. Keragaman budaya mengacu pada keyakinan dan sudut pandang yang berbeda dalam situasi perlakuan tertentu dan proses perlakuan selanjutnya (Høye & Severinsson, 2010).

Keragaman etnis dan budaya masyarakat sering ditemui oleh perawat di lingkungan perawatan kesehatan, khususnya di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan di RSUD dr. Haryoto Lumajang yang berlokasi di daerah pandhalungan oleh Abdullah (2022) menunjukkan bahwa penyediaan layanan perawatan jangka panjang juga dipengaruhi oleh keragaman etnis dan budaya yang terdapat di rumah sakit. Hal ini dapat dilihat pada perawat yang kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan latar belakang budaya dan etnik yang berbeda (Abdullah, 2022). Proses perawatan terhadap pasien dan perawat dengan perbedaan latar belakang budaya membutuhkan waktu lebih banyak untuk membangun hubungan pasien-perawat dibandingkan dengan waktu pelayanan yang diterima klien. Permasalahan tersebut menyebabkan beberapa permasalahan tidak terselesaikan dengan optimal baik dari permasalahan budaya maupun kesehatan (Matteliano & Street, 2012). Selain itu Abdullah (2022) menjelaskan bahwa perawat ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto memiliki tingkat kompetensi budaya yang rendah dibandingkan dengan perawat ruang rawat jalan dan IGD. Tingkat kompetensi budaya yang rendah membuat perawat seringkali mengalami kesulitan dalam melakukan komunikasi dengan pasien. Dalam penelitian

Rindiatika (2019) ditemukan bahwa kompetensi keperawatan lintas budaya perawat dan komunikasi terapeutik perawat memiliki hubungan. Namun kekuatan hubungan yang ditemukan dalam penelitian Rindiantika (2019) dalam tingkat kekuatan yang rendah. Hasil penelitian tersebut membuat peneliti tertarik untuk melihat apakah ada faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap komunikasi terapeutik dalam kaitannya dengan komunikasi antarbudaya. Fenomena tersebut membuat peneliti tertarik untuk meneliti apakah faktor kecemasan memiliki hubungan terhadap komunikasi terapeutik dan seberapa kuat hubungan tersebut melalui penelitian dengan judul Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat ruang Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik di RSUD dr. Haryoto Lumajang

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat di RSUD dr. Haryoto Lumajang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden dalam penelitian
2. Mengidentifikasi kecemasan komunikasi antarbudaya perawat RSUD dr. Haryoto Lumajang
3. Mengidentifikasi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat RSUD dr. Haryoto Lumajang
4. Mengetahui hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai hubungan kecemasan komunikasi terapeutik perawat RSUD dr. Haryoto Lumajang, agar ilmu pengetahuan yang diperoleh dapat bermanfaat guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan baik di lingkup pendidikan maupun masyarakat

1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Manfaat yang diperoleh instansi pendidikan dari penelitian ini adalah bertambahnya sumber ataupun referensi ilmu pengetahuan dalam keperawatan yang berkaitan dengan hubungan kecemasan kompetensi lintas budaya dengan komunikasi terapeutik perawat di rumah sakit.

1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan bagi perawat mengenai hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat yang dilakukan pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit. Perbaikan pola komunikasi yang dilakukan oleh perawat diharapkan dapat meningkatkan profesionalitas dan kualitas pelayanan keperawatan.

1.4.4 Manfaat bagi Instansi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi terhadap instansi rumah sakit terkait pengetahuan mengenai hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat dan dapat menjadi bahan referensi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit.

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

1.5 Keaslian Penelitian

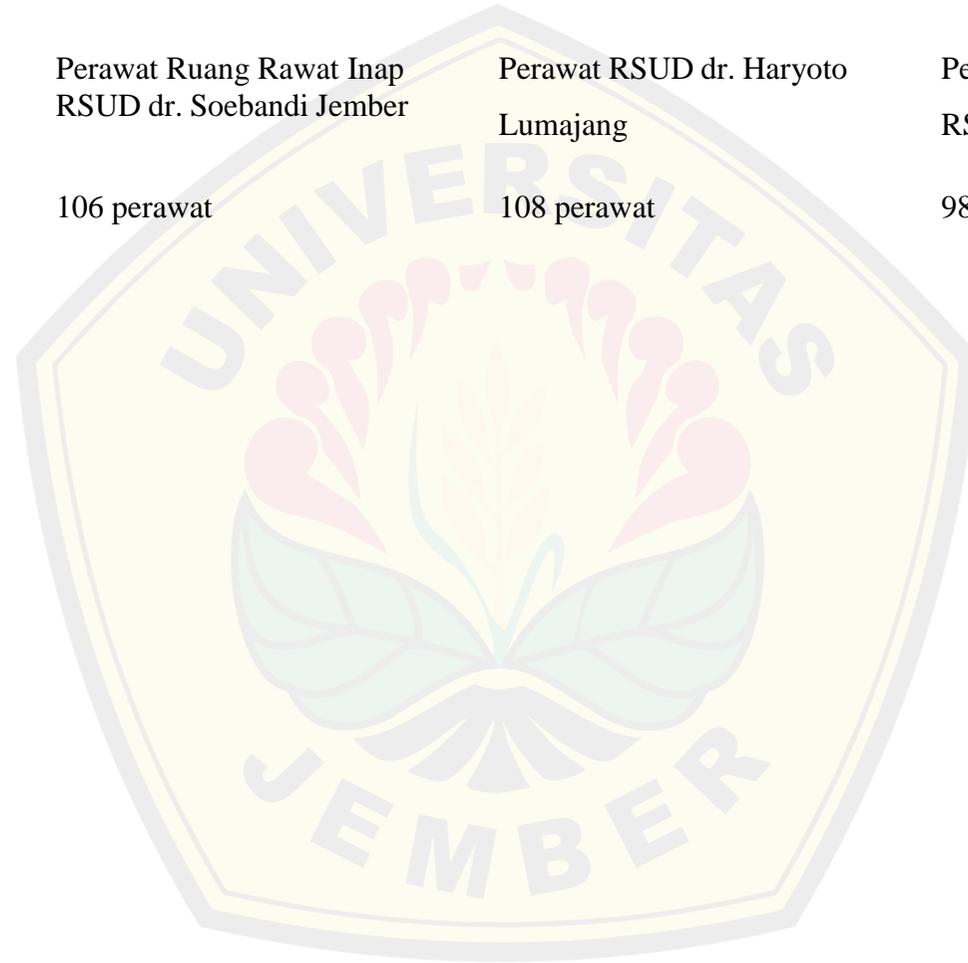
“Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya Dengan Komunikasi Terapeutik” belum pernah diteliti sebelumnya, adapun referensi yang membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini adalah penelitian yang telah dibuat oleh

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| No | Perbedaan | Penelitian Sebelumnya | Penelitian Sebelumnya | Penelitian Sekarang |
|----|----------------------|---|--|---|
| 1 | Judul Penelitian | Hubungan Kompetensi Keperawatan Lintas Budaya Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat di Rumah Sakit dr. Soebandi Kabupaten Jember | <i>A Comparative Analysis of Nurses' Cultural Competence in Inpatient, Outpatient, and Emergency Rooms within Hospital Setting</i> | Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang |
| 2 | Peneliti | Elly Rindiantika | Syamsiah Nur Azizah Abdullah | Putra Pramadita Fachruz Za'im |
| 3 | Tahun Penelitian | 2019 | 2020 | 2022 |
| 4 | Tempat Penelitian | RSUD dr. Soebandi Jember | RSUD dr. Haryoto Lumajang | RSUD dr. Haryoto Lumajang |
| 5 | Rancangan Penelitian | <i>Survey Cross Sectional</i> | <i>Penelitian Cross Sectional</i> | <i>Survey Cross Sectional</i> |
| 6 | Variabel | - Kompetensi Keperawatan Lintas Budaya - Komunikasi Terapeutik | - Kompetensi Budaya | - Kecemasan Komunikasi Antarbudaya (<i>Intercultural Communication</i>) |

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

| | | | |
|---|----------|--|--------------------------------------|
| | | | <i>Apprehension)</i> |
| | | | - Komunikasi Terapeutik |
| 7 | Populasi | Perawat Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soebandi Jember | Perawat RSUD dr. Haryoto Lumajang |
| 8 | Sampel | 106 perawat | 98 perawat |



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Budaya dalam Komunikasi Antarbudaya

2.1.1 Pengertian Budaya dalam Komunikasi Antarbudaya

Budaya merupakan pengetahuan dan simbol pada kelompok tertentu yang mereka pelajari untuk menafsirkan pengalaman mereka tentang realitas, pikiran, dan tindakan. Perbedaan dalam memandang dunia, orang, hubungan, dan peristiwa akan membuat kelompok etnis tertentu membentuk budaya yang unik (Prosen 2015). Hasil perkembangan mental melalui struktur sosial dapat membentuk budaya yang merupakan pola respon terhadap perilaku yang berkembang. Budaya juga dapat terbentuk melalui mekanisme respon terhadap rangsang lingkungan internal dan eksternal. Budaya juga merupakan manifestasi nilai, keyakinan, norma, dan praktik yang dilaksanakan dalam lingkup kelompok budaya yang sama. Budaya memberikan arahan kepada pikiran dan mengubahnya menjadi ekspresi yang dapat diturunkan secara turun-temurun (Giger & Davidhizar 2007). Pandangan dan penerimaan seseorang terhadap orang lain dengan perbedaan latar belakang budaya disertai dengan tindakan memahami dan menghargai identitas budaya disebut dengan kepekaan budaya (Yesufu, 2013).

Komunikasi dan budaya merupakan 2 hal yang tidak terpisahkan dan saling mempengaruhi satu sama lain. Budaya menentukan seseorang dalam bagaimana cara seseorang menyandikan pesan, makna pesan, dan kondisi untuk mengirim, memerhatikan, dan menafsirkan pesan (Ridwan, 2016). Komunikasi antarbudaya merupakan komunikasi antarpribadi antar komunikator dan komunikan yang dihadapkan dengan latar belakang budaya yang berbeda bahkan dalam satu bangsa (Liliwari, 2003) Komunikasi antarbudaya secara umum merupakan komunikasi yang terjadi antar orang-orang dengan latar belakang budaya yang berbeda (Ridwan, 2016).

2.1.2 Pengaruh Budaya terhadap Proses Asuhan Keperawatan

Budaya berpengaruh dalam proses keperawatan dalam tujuan untuk memperbaiki tingkat kesehatan klien. Hal tersebut dikarenakan budaya merupakan

salah satu faktor dalam konsep keperawatan holistik. Perawatan holistik dideskripsikan sebagai tindakan perawatan yang memandang pasien sebagai satu kesatuan yang saling berkaitan dalam aspek biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual (Valizadeh et al, 2017). Pengaruh budaya dalam proses asuhan keperawatan adalah sebagai berikut (Rejeki 2012):

a. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang digunakan untuk melihat adanya masalah kesehatan berdasarkan latar belakang budaya klien.

1) Faktor Teknologi (*Technological Factors*)

Unsur teknologi memungkinkan individu untuk memilih atau menerima saran untuk memecahkan masalah kesehatan. Diperlukan pengkajian oleh perawat terkait pandangan klien mengenai kondisi sehat sakit, kebiasaan berobat pasien, cara pasien menangani masalah kesehatan, cara pasien memperoleh bantuan saat mengalami masalah kesehatan, dan pandangan klien terhadap penggunaan pengobatan alternatif seperti obat herbal tradisional. Tujuan dari tahap pengkajian ini adalah melihat cara pandang klien terhadap penggunaan teknologi untuk mengatasi masalah kesehatan.

2) Faktor Agama dan Falsafah Hidup (*Religious and Phylosophical Factors*)

Agama memberikan pandangan yang realistis kepada penganutnya. Secara budaya, agama dikenal sebagai motivator yang sangat kuat untuk mendahulukan kebenaran.

3) Faktor Sosial dan Keterikatan Keluarga (*Kinship and Social Factors*)

Dalam hal ini yang harus diperhatikan oleh perawat adalah nama lengkap, nama panggilan, jenis kelamin, umur, tempat tanggal lahir, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

4) Nilai Budaya dan Gaya Hidup (*Cultural Values and Life Ways*)

Nilai-nilai budaya adalah suatu ketetapan yang bermakna baik atau buruk yang menjadi landasan pandangan orang yang percaya pada budaya tertentu. Perawat perlu meninjau data pasien mengenai jabatan kepala rumah tangga, bahasa komunikasi, kebiasaan makan, pembatasan

konsumsi makanan selama sakit, persepsi sakit terkait dengan aktivitas hidup sehari-hari, dan kebiasaan membersihkan diri.

5) Faktor Kebijakan dan Peraturan Yang Berlaku (*Political and Legal Factors*)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit adalah satu-satunya faktor yang mempengaruhi kinerja individu dalam perawatan multikultural. Dalam konteks ini, aturan dan pedoman mengenai jam kunjung, jumlah keluarga yang menunggu dan bentuk pembayaran untuk klien.

6) Faktor ekonomi (*Economical Factors*)

Klien yang datang ke rumah sakit memiliki sumber daya material untuk menutupi biaya pengobatan mereka. Faktor ekonomi yang harus diperhatikan perawat antara lain pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, pengeluaran dari sumber lain seperti tabungan keluarga, asuransi, penggantian biaya dari kantor, dan bantuan dari anggota keluarga.

7) Faktor pendidikan (*Educational Factors*)

Faktor pendidikan menentukan cara pandang klien terhadap budaya. Semakin tinggi tingkat pendidikan klien, semakin ilmiah dan realistis pemikiran klien, dan orang tersebut dapat belajar beradaptasi dengan budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Dalam faktor ini perawat harus mengkaji terkait tingkat pendidikan, jenis pendidikan, serta kemampuannya untuk melihat pengalaman sakitnya sebagai sesuatu yang tidak boleh terulang kembali.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon klien terhadap konteks budaya dan dapat dicegah, dikoreksi atau ditingkatkan dengan intervensi keperawatan. Tiga diagnosa keperawatan yang sering dibuat dalam keperawatan transkultural

- 1) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur
- 2) Gangguan interaksi sosial yang berhubungan dengan disorientasi sosiokultural, dan

- 3) Ketidapatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini (Rejeki 2012)

c. Perencanaan dan Pelaksanaan

Perencanaan dan pelaksanaan adalah proses perawatan yang terkait erat. Perencanaan adalah proses menentukan cara atau strategi yang tepat sesuai dengan budaya klien dan pelaksanaan adalah implementasi rencana sesuai dengan budaya klien. Dalam keperawatan transkultural terdapat tiga hal yang menjadi pedoman dalam melakukan perawatan transkultural, yaitu ;

- 1) Mempertahankan budaya klien selama tidak mengganggu atau bertentangan dengan kesehatan
- 2) Mengakomodasi budaya klien jika budaya klien dinilai kurang menguntungkan bagi kesehatan klien
- 3) Merubah budaya klien bila budaya yang dimiliki klien bertentangan dengan kesehatan

Perawat dan pasien harus berusaha untuk memahami budaya satu sama lain melalui akulturasi, yakni suatu proses untuk melihat persamaan dan perbedaan budaya yang akan membuat pengetahuan akan budaya mereka berkembang. Ketidapahaman perawat tentang budaya klien akan menimbulkan adanya ketidakpercayaan antar perawat dan pasien. Pemahaman klien terhadap budayanya sangat mendasari efektivitas keberhasilan membangun hubungan perawat dan pasien yang bersifat terapeutik (Rejeki, 2012).

d. Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi keperawatan transkultural dilakukan dengan melihat keberhasilan klien untuk dapat mempertahankan budaya baru sesuai dengan kesehatan, mengurangi budaya sebelumnya yang tidak sesuai dengan kesehatan atau melakukan adaptasi budaya baru ke dalam budaya lama klien. Evaluasi dapat memastikan bagaimana asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang klien. Melalui evaluasi dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien.

2.1.3 Komunikasi Antarbudaya dalam Konsep Teori Keperawatan Transkultural

Malinowski dalam Marotta (2014) menjelaskan bahwa transcultural merupakan sebuah proses munculnya realita peradaban baru dari interaksi aktif dua buah kebudayaan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Transkultural merupakan proses untuk menghubungkan dan pembauran beberapa bentuk budaya (Marotta, 2014). Dalam teori perawatan budaya Leininger, perawatan budaya yang sesuai hanya dapat dilakukan saat ekspresi, praktik, dan pola budaya pasien diperhatikan (Leininger & McFarland, 2002). Perawat yang kompeten dalam keperawatan budaya perlu memiliki sensitivitas, pengetahuan, keterampilan, komunikasi, dan profisiensi untuk bertindak dengan adanya kesadaran budaya (Sharifi et al., 2019).

Perawatan transkultural dimaksudkan untuk dapat membantu pasien dengan berbagai macam latar belakang budaya untuk dapat mempertahankan kesehatannya dan secara efektif mengembangkan coping terhadap kematian dan penyakit (Sharifi et al., 2019). Dalam upaya untuk membantu pasien mengembangkan budaya kesehatan yang sesuai untuk mempertahankan kesehatannya diperlukan komunikasi yang baik antar perawat dan pasien dengan perbedaan budaya yang berbeda. Perbedaan bahasa atau perbedaan sosial budaya antara perawat dan pasien dapat meningkatkan risiko miskomunikasi dan berpotensi menimbulkan hal yang tidak diinginkan (Kaspar & Reddy, 2017). Konsep *intercultural* dimaksudkan untuk mengurangi tensi antarbudaya dan mendorong terjadinya pemahaman serta pengakuan budaya satu sama lain (Morotta, 2014). *Intercultural Communication* atau komunikasi antarbudaya bertujuan untuk menciptakan komunikasi yang efektif antarbudaya yang berbeda (Morotta, 2014). Proses keperawatan mempertimbangkan kebutuhan budaya pasien sebagai individu yang unik sehingga kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara efektif dengan pasien berlatar belakang budaya yang berbeda menjadi hal yang krusial dalam optimalisasi perawatan pasien.

2.2 Pentingnya Komunikasi Antarbudaya

Delgado menjelaskan dalam Giger & Davidhizar (2007) bahwa komunikasi dan budaya merupakan dua faktor yang saling terikat erat karena kedua faktor tersebut merupakan sarana transmisi dan pelestarian budaya. Budaya dapat mempengaruhi bagaimana emosi diekspresikan secara verbal dan nonverbal. Variabel-variabel budaya seperti persepsi waktu, kontak fisik dan hak teritorial dapat memberikan dampak dalam proses komunikasi. Praktik komunikasi juga dapat mempengaruhi dan membentuk budaya. Hedlund dalam Giger & Davidhizar (2007) berpendapat bahwa pelaksanaan komunikasi dari kelompok budaya yang berbeda dapat mempengaruhi ekspresi, pikiran, perasaan, keputusan, dan pemikiran individu. Meskipun proses komunikasi bersifat universal, harus diketahui oleh perawat bahwa diantara kelompok budaya tertentu akan ada perbedaan gaya dan sifat timbal balik saat berkomunikasi. Banks dalam Giger & Davidhizar (2007) menunjukkan jika diantara orang-orang dalam satu kelompok etnik dan budaya yang sama akan memiliki pola komunikasi yang unik sehingga perawat perlu untuk memahami keunikan pola komunikasi tersebut dengan cara memperlakukan pasien sebagai individu yang berbudaya (Giger & Davidhizar, 2007).

Komunikasi antarbudaya perawat-pasien diawali dengan melakukan proses identifikasi komunikasi antara masyarakat dari budaya yang berbeda. Dalam melakukan komunikasi, perawat harus dapat membedakan nilai positif dan negatif yang dimiliki oleh suatu budaya dalam kelompok tertentu. Hal ini untuk mencegah terganggunya proses komunikasi antara perawat dan pasien (Efendi & Makhfudli, 2009).

Komunikasi antarbudaya menggambarkan proses dan masalah komunikasi dalam organisasi atau konteks sosial yang diciptakan oleh orang-orang dari latar belakang budaya, agama, sosial, etnis, dan pendidikan yang berbeda (Lauring 2011). Dalam menghadapi lingkungan dengan keanekaragaman budaya yang tinggi, perawat harus dapat melakukan komunikasi antarbudaya dengan baik yang mendukung perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang baik dan efektif. Pemahaman yang sama harus dapat dicapai oleh perawat dan pasien

dengan menggunakan komunikasi antarbudaya baik secara verbal dan non-verbal serta untuk membangun kepercayaan antara perawat dan pasien (Lorie et al. 2016).

2.2.1 Jenis-Jenis Komunikasi Dalam Budaya

a. Komunikasi lisan atau bahasa

Varkarolis berpendapat dalam Giger & Davidhizar (2007) bahwa bahasa adalah dasar dari komunikasi. Proses berpikir, penalaran dan generalisasi tidak mungkin tanpa bahasa. Kata-kata dalam bahasa merupakan alat atau lambang yang dapat digunakan untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan, serta untuk mengidentifikasi sesuatu. Memahami bahasa membantu orang beradaptasi dengan kebiasaan kelompok budaya yang berbeda. Bahasa dapat digunakan sebagai sarana untuk berekspresi, berkomunikasi, dan beradaptasi guna menambah pengetahuan ilmiah dan teknologi (Efendi & Makhfudli 2009). Perbedaan budaya dan bahasa merupakan salah satu hambatan terbesar dalam berkomunikasi (Al-Mutairi, 2015). Komunikasi antara perawat dan pasien dapat terhambat oleh perbedaan bahasa dalam perawatan (Malecha et al., 2012). Kurangnya pemahaman bahasa menyebabkan hilangnya rasa aman, kepercayaan, dan kepuasan (Tavallali et al. 2016). Karena perbedaan bahasa, pasien dapat berperilaku lebih pasif ketika mencari layanan perawatan kesehatan dan menerima sedikit informasi tentang penyakit mereka. Perbedaan bahasa juga dapat membuat pasien tidak puas dengan pelayanan yang diberikan (Bungartz et al., 2011). Oleh karena itu, untuk mengatasi kendala bahasa tersebut perawat harus mengasah dan mengembangkan keterampilannya. Hal ini memungkinkan perawat untuk menyesuaikan perilaku mereka dengan budaya lain (Guvenc et al. 2016). Kata-kata dari suatu bahasa biasanya memiliki banyak arti dalam setiap kelompok budaya. Sullivan von Giger dan Davidhizar 2007 menekankan pentingnya peninjauan kembali dalam hubungan terapeutik. Tujuan dari tes ini adalah untuk mengetahui perilaku dan interpretasi kata-kata orang

lain. Validasi tetap relevan dengan hubungan perawat-pasien, karena ada banyak perbedaan dalam pengalaman komunikasi, pelatihan, dan budaya (Giger & Davidhizar, 2007).

b. Komunikasi non-verbal

Gestur dan gerak tubuh memungkinkan kita untuk mengungkapkan apa yang tidak dapat kita katakan. Perilaku nonverbal adalah bagian dari komunikasi. Orang yang berbeda menafsirkan perilaku nonverbal dengan cara yang berbeda. Selain perilaku nonverbal pasien, perawat juga harus memperhatikan perilaku nonverbal mereka sendiri, terutama sentuhan, ekspresi wajah, kontak mata, dan postur (Giger & Davidhizar, 2007)

c. Kombinasi Komunikasi Verbal dan Non-Verbal

Kombinasi antara komunikasi verbal dan non-verbal seringkali terjadi dalam komunikasi interpersonal seperti kehangatan dan humor. Kehangatan adalah suatu kondisi yang mendorong persahabatan, kebahagiaan dan kegembiraan. Kehangatan dapat diungkapkan secara verbal maupun nonverbal seperti senyum manis, atau tepukan pada bahu. Kehangatan merupakan aspek penting dan dinamis dari hubungan antara pemberi perawatan dan pasien. Kehangatan perawat dapat menumbuhkan hubungan positif ketika pasien dari budaya lain berjuang untuk memahami komunikasi. Humor dapat menciptakan ikatan kebahagiaan bersama, mengurangi kecemasan dan stres, membangun hubungan, memecahkan masalah, dan memotivasi Anda. Sebagai mekanisme koping yang sehat dan konstruktif, humor dapat membangkitkan emosi agresif dalam menghadapi stres (Giger & Davidhizar 2007).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Antarbudaya

Faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi antarbudaya antara lain kesehatan fisik, kesejahteraan emosional, pengetahuan, keterampilan berkomunikasi, dan sikap terhadap orang lain. Selain itu pesan yang diterima juga dapat terpengaruh oleh faktor kebutuhan dan minat seseorang, latar belakang, nilai budaya, sosial dan filosofis, selera, kemampuan fungsional dan penilaian orang

lain, serta keadaan dan pengalaman saat ini (Giger & Davidhizar 2007). Dalam bukunya, Ridwan (2016) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor penghambat terjadinya proses komunikasi antarbudaya, yaitu :

- a. *Etnosentrisme*, merupakan cara pandang seseorang yang memandang bahwa budayanya lebih *superior* dibandingkan dengan budaya lain.
- b. *Stereotype*, merupakan pola pikir seseorang terhadap budaya lain dimana dirinya melakukan generalisir terhadap suatu kelompok budaya yang sangat menyederhanakan realitas.
- c. Prasangka, merupakan sikap kaku seseorang yang ditujukan terhadap kelompok dengan dasar keyakinan atau prakonsepsi yang kurang tepat. Hal ini juga dapat disimpulkan sebagai penilaian seseorang terhadap suatu kelompok tertentu yang tidak didasarkan dengan pengetahuan dan pengujian terhadap informasi yang ada.

Muchtar et al. (2016) juga menjelaskan bahwa faktor tersebut juga disebut faktor yang berada di bawah air (*below waterline*) atau faktor yang sulit untuk dilihat. Adapun terdapat juga sembilan faktor lain yang dapat dilihat atau faktor diatas air (*above waterline*) yang mempengaruhi (Muchtar et al, 2016), yaitu :

- a. Faktor Fisik, berupa hambatan waktu, lingkungan, kebutuhan diri, dan juga media fisik.
- b. Faktor budaya, berupa perbedaan etnik, agama, dan juga perbedaan sosial yang ada antara budaya yang satu dengan yang lainnya.
- c. Faktor Persepsi, berupa perbedaan persepsi yang dialami oleh setiap orang mengenai suatu hal sehingga setiap budaya akan memiliki pandangan atau pemikiran yang berbeda-beda.
- d. Faktor Motivasi, berkaitan dengan tingkat motivasi dari komunikator untuk melakukan komunikasi.
- e. Faktor pengalaman, yang terjadi karena adanya perbedaan pengalaman hidup antar individu sehingga persepsi serta konsep dalam melihat sesuatu berbeda-beda.
- f. Faktor Emosi, yang berkaitan dengan kondisi emosi atau perasaan pribadi komunikator.

- g. Faktor Bahasa, yang diakibatkan karena adanya perbedaan bahasa yang digunakan sehingga pengiriman dari penerima pesan menjadi terganggu.
- h. Faktor Nonverbal, merupakan faktor hambatan komunikasi yang tidak dalam bentuk kata-kata. Contoh dari faktor nonverbal berupa mimik wajah yang dapat membuat penerima komunikasi dan komunikator kesulitan dalam melakukan komunikasi.
- i. Faktor Kompetisi, merupakan hambatan komunikasi yang terjadi saat proses komunikasi dilakukan bersama dengan kegiatan lain sehingga proses komunikasi tidak dapat berjalan dengan maksimal.

2.2.3 Pedoman Komunikasi Berbasis Budaya

Dalam melakukan komunikasi antarbudaya, terdapat pedoman yang dapat menjadi dasar untuk dapat dilakukan dalam komunikasi (Giger & Davidhizar 2007), yaitu:

- a. Menilai keyakinan orang dari budaya yang berbeda sangatlah penting untuk mengenali keyakinan perawat ketika bekerja dengan pasien dari budaya lain. Perawat yang bekerja dengan pasien dari budaya lain harus hati-hati mempertimbangkan keyakinan dan pengalaman pribadi pasien. Penting untuk dilakukan bagi perawat untuk mengabaikan nilai, pemikiran, dan sikap individu saat menilai pasien. Perawat dapat belajar mengendalikan reaksi pribadi mereka dengan memahami keyakinan dan perilaku orang lain.
- b. Evaluasi variabel komunikatif dari perspektif budaya. Melakukan evaluasi terhadap variabel komunikatif dari perspektif budaya penting untuk dilakukan pada setiap pasien dengan perspektif budaya. Pasien dapat memiliki pemikiran dan keyakinan yang berbeda, sehingga pasien dapat dijadikan sebagai informan utama karena dikhawatirkan pesan yang ingin disampaikan pasien akan berbeda jika menggunakan informan lain.
- c. Merencanakan Perawatan Berdasarkan Kebutuhan Komunikasi dan Latar Belakang Budaya

Dalam melakukan asuhan keperawatan perawat harus memberikan perhatian kepada latar belakang budaya pasien yang berbeda dan disesuaikan dengan

gaya hidup yang disepakati bersama. Pengetahuan pribadi perawat mengenai kebiasaan dan keyakinan budaya pasien dan harus ditingkatkan untuk membantu mengembangkan rencana perawatan yang tepat untuk pasien. Perawat harus mendorong pasien untuk memberikan informasi tentang kesehatan, penyakit, dan kondisi kesehatan yang mempengaruhi kesehatan mereka. Persepsi pasien tentang penyakit tidak hanya mempengaruhi komunikasi, tetapi juga perawatan yang direncanakan. Hal ini membuat perawat perlu untuk menghormati privasi setiap pasien untuk memberikan perawatan yang efektif.

- d. Memodifikasi Pendekatan Komunikasi untuk Memenuhi Kebutuhan Budaya
Hambatan umum untuk merawat orang dari budaya lain adalah ketakutan akan proses penyembuhan. Dalam hal ini perawat harus mengenali tanda-tanda kecemasan dan merespons dengan cara yang meyakinkan yang sesuai secara budaya untuk pasien. Perawat perlu memahami dampak dari keyakinan budaya pada perilaku kesehatan pasien sehingga mereka dapat mempertimbangkan strategi komunikasi yang tepat untuk memenuhi kebutuhan mereka.
- e. Menghormati pasien dalam komunikasi sebagai pusat hubungan terapeutik
Dalam melakukan komunikasi terapeutik diperlukan rasa hormat antara perawat dan pasien, begitu pula dengan komunikasi antarbudaya. Peningkatan komunikasi diperlukan untuk melakukan pendekatan perawat kepada pasien terkait kebutuhan pribadi, emosional, dan fisik, terlepas dari bahasa atau latar belakang budaya. Komunikasi yang penuh hormat berfokus pada kebutuhan emosional yang diungkapkan dengan baik serta penuh dengan perhatian. Untuk melakukan hal tersebut diperlukan kemampuan untuk mendengarkan secara aktif dari perawat sehingga klien dapat berbagi pikiran dan perasaannya.
- f. Berkomunikasi dengan cara yang tidak mengancam
Proses komunikasi harus konsisten dengan kerangka sosial budaya yang dapat diterima. Sebelum Anda mengajukan pertanyaan, dengarkan isu-isu sosial terkini, mengobrol dengan orang-orang, dan mulailah proses komunikasi.

Penggunaan informasi budaya memberikan dasar yang berharga untuk melanjutkan proses komunikasi. Berbicara langsung bagi banyak orang dianggap tidak sopan dan mengurangi rasa peduli.

g. Memanfaatkan Strategi untuk Mengembangkan Kepercayaan

Seorang perawat yang bekerja di dalam pelayanan kesehatan harus memiliki kemampuan untuk membangun kepercayaan. Ketika perawat terlalu sibuk untuk mendengarkan dan merespon, hubungan perawat-pasien terganggu dan tingkat kepercayaan pasien yang diharapkan tidak tercapai.

h. Gunakan Teknik Validasi dalam Komunikasi

Dalam menangani pasien dengan budaya yang berbeda diperlukan teknik validasi untuk menambah pemahaman tentang pesan yang disampaikan. Perawat harus memperhatikan respon pasien. Bila terdapat pesan yang kurang dipahami baik oleh pasien maupun perawat perlu dilakukan teknik validasi untuk memperjelas pesan yang ingin disampaikan. Cara lain yang dapat dilakukan jika pesan belum dapat dipahami adalah dengan menggunakan penerjemah.

i. Mempertimbangkan Pembicaraan saat Melibatkan Masalah Seksual

Beberapa pasien merasa lebih nyaman mendiskusikan masalah seksual dengan perawat sesama jenis mereka. Saat mendiskusikan masalah seksual dengan anak-anak dari budaya tertentu (Spanyol, Pakistan, Arab, dll.), perlu untuk melibatkan ayah, dibanding ibu.

j. Adopsi Pendekatan Khusus saat Berbicara dengan pasien yang Berbeda Bahasa

Pasien dengan keterbatasan terhadap bahasa dominan di suatu daerah atau negara akan mengalami ketakutan dan frustrasi saat memasuki lingkungan pelayanan kesehatan. Hal yang sama juga terjadi pada pasien yang memiliki perbedaan bahasa utama dengan perawat. Hal yang juga perlu diperhatikan oleh perawat yang mengalami perbedaan bahasa dengan pasien adalah adanya pasien yang berpura-pura mengerti penjelasan perawat agar dapat menyenangkan perawat dan mendapatkan penerimaan. Selain itu perawat

juga dapat mengatur nada bicara dan ekspresi bicaranya saat berhadapan dengan pasien untuk mengurangi ketakutan pasien.

k. Menggunakan penerjemah untuk mempermudah komunikasi

Pada saat bahasa yang digunakan perawat dan pasien berbeda peran juru bahasa dapat digunakan untuk membantu komunikasi. Namun jika tidak terdapat penerjemah, perawat dapat meminta bantuan kepada wali atau kerabat. Perawat juga harus mempertimbangkan apakah kehadiran anggota keluarga mempengaruhi kepuasan pasien karena terdapat pasien yang tidak dapat menceritakan permasalahan tertentu dengan keluarga mereka.

2.3 Kecemasan Komunikasi Antarbudaya

Transisi dari komunikasi antarbudaya menjadi identitas ketika seseorang tinggal di lingkungan baru diawali oleh perbedaan budaya yang sama sekali berbeda. Untuk dapat berinteraksi di lingkungan baru ini, kita perlu beradaptasi dengan baik sebagai komunikator dan komunikan (Ridwan, 2020). Manusia dapat mengidentifikasi strategi komunikasi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan peluang keberhasilan komunikasi sehingga dapat memprediksi hasil dari komunikasi yang dilakukan dengan pemahaman tentang identifikasi tiga data tingkat informasi (Agung, 2014), yaitu :

a. Data tingkat kebudayaan (*Cultural level data*)

Kebudayaan adalah seperangkat aturan, norma, pranata sosial, adat istiadat, dan gagasan yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang. Budaya terkadang didefinisikan dalam hal lokasi geografis, etnis, atau gaya agama. Para ahli berpendapat bahwa orang-orang dari budaya yang sama tampak berperilaku dengan cara yang sama dan memiliki sikap dan nilai tertentu. Dengan cara ini, budaya dapat memberikan wawasan tentang bagaimana anggota kelompok budaya tertentu berkomunikasi satu sama lain. Data budaya yang ada dapat digunakan untuk memprediksi atau menyimpulkan bagaimana anggota budaya tertentu akan berinteraksi dan menanggapi anggota budaya lain. Masalah yang dapat muncul ketika seseorang dengan data budaya hanya berinteraksi dengan orang lain adalah kesalahpahaman. Saat seseorang berhadapan dengan individu

dengan suatu latar belakang budaya harus berhati-hati dalam menentukan strategi untuk berhadapan dengan individu tersebut. Setiap orang dalam kelompok budaya tertentu memiliki kepribadian yang unik.

b. Data tingkat sosiologis (*Sociological-level data*)

Pengetahuan seseorang terhadap kebudayaan yang dianut orang lain menjadi sebuah pertimbangan bagi seseorang untuk melakukan analisis terhadap data tingkat sosiologis seseorang. Hal ini membuat seseorang untuk mengkategorikan orang ke kelompok tertentu berdasarkan keanggotaan dalam bentuk kelompok sosial yang dipilih. Akan tetapi tidak semua orang memilih dimana kelompok sosial mereka berada seperti anggota kelompok orang tua, dewasa atau remaja. Namun, anggota kelompok mana pun, suka atau tidak suka, memiliki kesamaan dengan anggota lain dari kelompok yang sama. Ada perbedaan yang jelas antara kelompok sosial yang ada. Ketika satu orang berinteraksi dengan orang lain, sulit untuk memprediksi analisis data sosial. Data sosial adalah generalisasi dari perilaku setiap anggota kelompok dan mungkin tidak berlaku untuk semua anggota kelompok.

c. Data tingkat psikologis (*Psychological-level data*)

Strategi data tingkat psikologis diperlukan untuk mengidentifikasi perbedaan individu dengan lebih baik. Data psikologis membutuhkan keakraban timbal balik di antara orang-orang yang terlibat dalam komunikasi. Orang-orang memiliki banyak data budaya dan sosial, tetapi mereka tidak dapat memprediksi perilaku spesifik orang yang mereka temui. Data informasional pada tingkat psikologis tidak dapat dipisahkan dari proses pendekatan. Seseorang dapat berbagi informasi tentang orang lain dan sebaliknya. Informasi psikologis ini diperlukan untuk perkembangan komunikasi interpersonal. Ketika seseorang mencurahkan waktu untuk komunikasi interpersonal dengan orang lain tetapi merasa bahwa sedikit informasi yang tersedia tentang orang itu, maka komunikasi orang tersebut tidak dapat menggambarkan kehangatan, keterbukaan, dan dukungan.

Perkembangan faktor komunikasi membuat individu cenderung lebih banyak menggunakan data level psikologis. Hal ini membuat strategi komunikasi yang dilakukan seseorang bergantung pada pengetahuan seseorang terhadap perbedaan individu-individu yang ditemui. Masing-masing memiliki karakteristiknya sendiri dan tidak dapat digeneralisasikan. Oleh karena itu, komunikasi interpersonal menitikberatkan pada strategi komunikasi berdasarkan data level psikologis. Data budaya dan sosial digunakan untuk melengkapi pengumpulan data tentang seseorang yang ditemui.

Istilah kecemasan komunikasi (*communication apprehension*) diciptakan oleh James McCroskey (1997) didefinisikan sebagai "tingkat ketakutan atau kecemasan individu terkait dengan komunikasi aktual atau yang diharapkan dengan orang lain". Kecemasan komunikasi antarbudaya didefinisikan sebagai ketakutan atau kecemasan yang timbul dari interaksi aktual atau yang diantisipasi dengan orang-orang dari asal budaya atau etnis yang berbeda (Trisasanti, H., et al., 2021). Kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan bentuk reaksi negatif dari individu berupa kecemasan yang dialami seseorang ketika berkomunikasi, baik komunikasi antar pribadi, komunikasi di depan umum, maupun komunikasi massa (Prabowo & Fatonah, 2014). Meskipun sering dianggap terdapat persamaan, pemahaman kecemasan komunikasi berbeda dengan pendiam (*reticence*) atau keengganan komunikasi (*unwillingness to-communicate*) (Agung, 2014). Tingkat ketakutan dan kecemasan yang berbeda mempengaruhi komunikasi, terutama motivasi psikologis seseorang untuk memulai atau mempertahankan komunikasi antarbudaya. Orang dengan tingkat tinggi kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi menghindari interaksi dengan orang-orang dari kelompok lain (Neuliep, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan salah satu faktor dalam komunikasi dan dapat mengarah ke konflik yang berbeda (Rahmani & Croucher, 2017). Konflik komunikasi yang terjadi akibat kecemasan komunikasi antarbudaya dapat diamati dalam 2 bentuk komunikasi, yaitu :

a. Komunikasi antarpribadi / komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang terjadi antar individu dengan adanya proses timbal balik satu sama lain untuk mencapai tujuan pribadi (Tutiasri, 2016).

b. Komunikasi kelompok

Komunikasi kelompok merupakan interaksi tatap muka dari 3 atau lebih individu yang bertujuan untuk mencapai tujuan yang sama yang dikehendaki seperti informasi, pemeliharaan diri atau pemecahan masalah (M. Burgoon & M. Ruffner, dalam Tutiasri, 2016)

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan suatu proses dinamis multidimensi, multikomponen dan kompleks yang terkait erat dengan lingkungan dimana orang berbagi pengalaman mereka (Norouzinia et al., 2016). Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien dalam upaya untuk membangun hubungan interpersonal. Komunikasi terapeutik pada akhirnya mendefinisikan hubungan kerja perawat dengan pasien dan keluarga (Potter & Perry, 2005). Konsep komunikasi terapeutik berdasar pada proses dimana perawat secara sadar mempengaruhi klien mereka dan membantu mereka untuk lebih memahami diri mereka sendiri melalui komunikasi verbal atau non-verbal. Komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien untuk dapat menyampaikan perasaan serta gagasan yang dimiliki diikuti dengan sikap penerimaan dan rasa hormat (Sherko et al. 2013).

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Ilmu keperawatan mengkategorikan komunikasi terapeutik sebagai salah satu bentuk intervensi terapeutik yang menjadi bagian pemberian asuhan keperawatan yang berkelanjutan (Holm & Dreyer, 2017). Tujuan dilakukannya komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien adalah:

- a. Mengembangkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien untuk menjadi landasan yang diperlukan dalam setiap aktivitas (Zivanovic & Circic 2018).
- b. Membantu dan memahami pasien secara verbal dan non-verbal (Zivanovic & Circic, 2018).
- c. Mendorong pasien mengungkapkan perasaan dan gagasan yang dimiliki (Zivanovic & Circic, 2018)
- d. Menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pemberian perawatan kesehatan (Amoah et al., 2018).
- e. Mengatasi berbagai masalah psikologis pasien (Fitria & Shaluhiya, 2014).
- f. Memberikan peningkatan kepuasan pasien dan keluarga (Fitria & Shaluhiya, 2014).

2.4.3 Komunikasi Efektif

Membangun komunikasi yang efektif dan bermakna merupakan tantangan bagi perawat dalam menjalankan proses keperawatan sehari-hari. Tujuan perawat membangun komunikasi yang efektif dan bermakna adalah:

- a. Meningkatkan kualitas hubungan dengan pasien (Zivanovic & Circic, 2018).
- b. Meningkatkan partisipasi aktif pasien dalam proses keperawatan (Zivanovic & Circic, 2018).
- c. Mengurangi emosi negatif pasien (Sherko et al. 2013).
- d. Mempermudah perawat untuk dapat bekerja sama dengan pasien dalam merencanakan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan pasien (Sherko et al. 2013).

2.4.4 Hubungan Perawat-Pasien dalam Komunikasi Terapeutik

Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien perawat harus mengetahui keluhan yang dirasakan pasien sehingga diperlukan untuk membangun hubungan yang kondusif pada pasien (Muhith & Siyoto 2018). Konsep Carl dan Roger (2006) mengidentifikasi tiga elemen kunci yang membentuk hubungan perawat-pasien, yaitu :

a. *Genuineness* (Keikhlasan).

Perawat yang dekat dan suportif mencurahkan semua pikiran dan energi mereka untuk membantu pasien mereka mempercepat proses penyembuhan. Hal ini membuat pasien optimis tentang proses pemulihan. Optimisme pasien adalah mekanisme koping aktif yang selanjutnya dapat memodulasi respon imun dengan cara mempercepat proses penyembuhan. Koping yang positif dapat mendorong produksi antigen yang dapat mengurangi virulensi bakteri, meningkatkan kekebalan, memungkinkan pasien pulih dari penyakit yang dideritanya.

b. *Empathy* (Empati)

Perawat perlu mempelajari teori berduka dan kehilangan agar dapat berempati dengan pasien dan keluarganya. Perawat harus mampu memahami reaksi pasien dan keluarga yang mengalami proses penolakan dan kemarahan (*denial and anger*). Ketika pasien marah atau menolak apa yang terjadi, perawat diharapkan dapat menunjukkan empati dengan memahami dan menerima perasaan pasien.

c. *Warmth* (Kehangatan)

Kehangatan adalah ekspresi verbal dan non-verbal yang dikomunikasikan melalui dukungan sosial untuk meningkatkan perlindungan diri bagi orang-orang yang mengalami masa duka dan kehilangan. Kehangatan dibutuhkan untuk mengekspresikan empati. Oleh karena itu, ketika bertemu seseorang yang sedang berduka atau kehilangan, kehangatan perlu untuk disampaikan agar tidak menyakiti seseorang yang sedang berduka dan kehilangan.

2.4.5 Fase Implementasi Komunikasi Terapeutik

Dalam model komunikasi terapeutik Peplau, fase komunikasi terapeutik dibagi menjadi beberapa fase (Allgood & Tomey, 2010), yaitu:

a. Fase Orientasi

Tugas utama dari fase orientasi adalah untuk membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Selanjutnya dalam fase ini tugas

yang dilakukan oleh perawat meliputi pengumpulan data untuk mengeksplorasi perasaan, harapan atau kekuatan pasien, menganalisis kekuatan dan kelemahan perawat, serta merencanakan komunikasi dengan pasien.

Dalam fase ini tugas-tugas yang dapat dilakukan perawat adalah:

- 1) Membina hubungan saling percaya, sikap penerimaan, dan komunikasi terbuka
- 2) Merencanakan kontrak dengan pasien

Perawat menjelaskan atau memperjelas peran perawat dan pasien saat melakukan kontrak agar tidak terjadi kesalahpahaman tentang perawat.

- 3) Menggali pikiran, perasaan serta mengidentifikasi masalah pasien

Perawat membantu pasien mengungkapkan pikiran dan perasaan mereka dengan mengajukan pertanyaan terbuka untuk membantu mereka mengidentifikasi masalah dan keluhan mereka.

- 4) Merumuskan tujuan dengan pasien

Keterlibatan pasien dalam merumuskan tujuan sangat perlu dilakukan karena tanpa adanya keterlibatan tujuan terapeutik akan sulit untuk dicapai.

- b. Fase Identifikasi dan Eksploitasi (Fase Kerja)

Fase ini bertujuan untuk memvalidasi data-data dan rencana yang telah dibuat dilanjutkan dengan implementasi rencana tindakan. Fase kerja merupakan tahap inti dalam proses komunikasi terapeutik. Dalam tahap ini perawat perlu untuk aktif untuk mendengarkan keluhan yang disampaikan oleh pasien dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah pasien.

- c. Fase Resolusi (Fase Terminasi)

Terminasi merupakan tahapan terakhir dalam komunikasi terapeutik. Tahapan ini terjadi saat perawat telah menyelesaikan asuhan keperawatan secara keseluruhan. Tahap terminasi ini dibagi menjadi 2 bagian, yaitu:

- 1) Terminasi sementara, yaitu tahap terakhir dari pertemuan antara perawat dan pasien. Setelah itu perawat akan kembali ke pasien pada waktu tertentu sesuai kontrak yang telah dilakukan.
- 2) Terminasi akhir, yaitu terminasi saat perawat telah menyelesaikan keseluruhan asuhan keperawatan. Pada tahap terminasi akhir, perawat melakukan fungsi-fungsi berikut :
 - a) Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi dengan rencana tujuan yang telah direncanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif dimana perawat menyimpulkan semua tindakan yang telah dilaksanakan.
 - b) Mengkaji keadaan dan perasaan pasien secara subyektif dengan menanyakan apakah kondisi pasien setelah melakukan interaksi dengan perawat. Hal ini dilakukan untuk melakukan evaluasi terkait apakah tindakan yang telah dilakukan dapat mengurangi rasa sakit, atau sebaliknya.
 - c) Membuat kesepakatan terkait tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan dengan berdasar pada rencana interaksi selanjutnya.
 - d) Membuat kesepakatan terkait kontrak untuk pertemuan berikutnya meliputi kesepakatan tentang tempat, waktu dan tujuan interaksi.

2.4.6 Teknik Komunikasi Terapeutik

Keterampilan komunikasi terapeutik perlu dikuasai perawat dan digunakan efektif saat berinteraksi dengan klien (Anjaswarni 2016). Adapun teknik teknik komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

- a. Mendengarkan dengan penuh perhatian (*listening*)
Teknik ini digunakan dalam upaya untuk memahami semua pesan verbal dan non-verbal yang sedang disampaikan.
- b. Menunjukkan penerimaan (*accepting*)
Penerimaan berarti bersedia mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan kecurigaan atau penolakan. Penerimaan bukan berarti menyetujui terkait

apapun yang disampaikan. Perawat harus menghindari gerak tubuh dan ekspresi wajah ketidaksetujuan, seperti cemberut atau gelengan kepala.

c. Mengajukan pertanyaan yang relevan

Perawat mengajukan pertanyaan bertujuan untuk mendapatkan data atau informasi spesifik klien. Pertanyaan dapat menggunakan kata-kata sesuai dengan konteks sosial dan budaya klien, selama pertanyaan tersebut terkait dengan topik yang sedang dibahas.

d. Mengulang (*restating/repeating*)

Tujuan dari teknik ini adalah untuk mengulang kata-kata pasien dengan menggunakan bahasa perawat. Keterampilan ini menggambarkan adanya umpan balik dari perawat sehingga klien memahami bahwa pesan yang ingin disampaikan dapat dimengerti dan mengharapkan komunikasi lebih lanjut.

e. Klarifikasi (*clarification*)

Teknik ini digunakan oleh perawat untuk memperjelas maksud dari pernyataan klien. Keterampilan ini digunakan ketika perawat tidak memahami klien, tidak yakin, atau tidak mendengarkan pesan yang klien sampaikan. Hal ini dilakukan untuk menyamakan persepsi antara perawat dan klien.

f. Memfokuskan (*focusing*)

Metode ini dilakukan saat perawat tidak memahami apa yang disampaikan oleh klien dan bertujuan agar pesan yang disampaikan lebih spesifik dan mudah dipahami. Perawat tidak boleh menyela klien ketika menyampaikan hal yang penting, kecuali percakapan berlanjut tanpa informasi baru.

g. Merefleksikan (*reflecting/feedback*)

Perawat harus mampu mengkomunikasikan hasil umpan balik untuk memberikan umpan balik kepada klien untuk memastikan pesan diterima dengan benar. Perawat menjelaskan kesan yang diciptakan oleh isyarat nonverbal klien. Dalam banyak kasus, memberikan umpan balik kepada perawat memungkinkan klien untuk berkomunikasi lebih jelas tanpa memfokuskan atau menyempurnakan pesan.

- h. Memberi informasi (*informing*)

Pemberian informasi merupakan salah satu cara untuk menyebarkan informasi penting melalui pendidikan kesehatan. Apabila dokter menutupi suatu informasi, perawat harus mengklarifikasi alasan keputusan tersebut. Setelah memberikan informasi, perawat membantu klien membuat keputusan.
- i. Diam (*Silence*)

Diam menawarkan pemberi perawatan dan pasien kesempatan untuk mengatur pikiran mereka. Metode diam membutuhkan keterampilan dan waktu. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengannya sendiri, mengatur pikirannya dan memproses informasi.
- j. Identifikasi tema (*theme identification*)

Identifikasi tema adalah membuat kesimpulan ide utama yang disampaikan secara ringkas. Metode ini membantu anda memahami topik yang sedang dibahas sebelum beralih ke diskusi berikutnya. Penting untuk menggunakan teknik ini sebelum beralih ke topik yang terkait.
- k. Memberikan Penghargaan (*reward*)

Menginformasikan perubahan yang telah terjadi pada klien merupakan upaya yang dapat dilakukan untuk menunjukkan penghargaan terhadap klien. Penghargaan tersebut tidak boleh menjadi beban bagi pembeli yang memungkinkan klien untuk melakukan berbagai upaya untuk mendapatkan pujian.
- l. Membuka Diri

Klien mungkin enggan atau belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau mungkin tidak saling memahami. Dalam banyak kasus, perawat hanya fokus pada kehadirannya, minat, dan teknik komunikasi tanpa pamrih.
- m. Beri klien kesempatan untuk memulai percakapan

Biarkan klien untuk memimpin pilihan topik pembicaraan. Perawat dapat berperan untuk memotivasi pasien dalam memulai pembicaraan.

- n. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan.
Keterampilan mendengarkan secara aktif diperlukan oleh perawat untuk menjaga percakapan tetap berjalan. Dalam metode ini, perawat mendorong atau meminta pasien untuk terus berbicara. Keterampilan ini menunjukkan bahwa perawat memberikan perhatian terhadap apa yang dikatakan klien dan tertarik dalam pembicaraan.
- o. Refleksi
Refleksi mendorong klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan serta menerimanya sebagai bagian dari dirinya
- p. Humor
Humor yang dimaksud dalam hal ini adalah humor yang efektif. Teknik ini bertujuan untuk menyeimbangkan stres dan relaksasi. Perawat harus berhati-hati saat menggunakan teknik ini karena ketepatan situasi dan waktu sangat mempengaruhi teknik ini karena dapat menyinggung klien serta mempengaruhi rasa percaya klien dengan perawat.

2.4.7 Faktor-Faktor Penghambat dalam Komunikasi Terapeutik

Faktor penghambat proses komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

- a. Perbedaan Bahasa
Perbedaan bahasa dapat dijumpai di setiap negara bahkan setiap daerah dalam satu negara. Perbedaan bahasa tersebut dapat mempengaruhi komunikasi (Arumsari et al., 2016). Kegagalan untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien dapat menyebabkan permasalahan pada intervensi perawat. Dampak dari hambatan ini dapat dikurangi dengan belajar bahasa atau menggunakan jasa penerjemah (April 2018).
- b. Agama
Faktor agama dapat mempengaruhi proses komunikasi terapeutik. Misalnya beberapa muslim cenderung memilih untuk dirawat dengan perawat yang memiliki jenis kelamin yang sama (Amoah et al., 2019).

c. Budaya

Komunikasi antarbudaya merupakan elemen penting pemahaman antarbudaya. Budaya terdiri dari pemahaman bersama tentang norma, nilai, perilaku, dan sikap yang secara langsung mempengaruhi perilaku dan sikap di tempat kerja. Setiap kelompok budaya memiliki norma normatif, emosi, sikap dan perilaku yang berbeda dari kelompok budaya lainnya (Brunton & Cook, 2018). Setiap daerah memiliki karakteristik tersendiri yang dapat mempengaruhi komunikasi antar manusia. Perbedaan budaya dapat menimbulkan kesalahpahaman saat berkomunikasi dengan keluarga pasien (Arumsari et al., 2016).

d. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin adalah faktor lain yang dapat mempengaruhi bagaimana cara pikir, tindakan, perasaan, dan cara berkomunikasi seseorang. Pria cenderung kurang berkomunikasi secara verbal, tetapi lebih cenderung memulai komunikasi dan membicarakan masalah secara langsung. Wanita cenderung berbagi informasi pribadi, aktif mendengarkan dan membantu orang lain mengungkapkan pikiran (Handayani & Armina 2017)

e. Status Kesehatan

Kesehatan seseorang mempengaruhi komunikasi. Sebagai contoh kasus pasien yang memiliki kesadaran penuh akan dapat berkomunikasi dengan lebih baik dibandingkan dengan pasien yang sedang mengalami penurunan kesadaran. Komunikasi juga dipengaruhi oleh perubahan sensorik seperti gangguan penglihatan dan pendengaran (April 2018). Contoh lain saat pasien sedang dalam keadaan kesakitan akan mempengaruhi keefektifan proses komunikasi terapeutik (Amoah et al., 2019).

f. Usia dan Tingkat perkembangan

Usia dan tingkat perkembangan pasien dapat menjadi penghalang komunikasi. Misalnya, berkomunikasi dengan pasien anak membutuhkan bahasa dan metode yang berbeda dari berkomunikasi dengan pasien dewasa (April 2018). Kondisi yang dapat ditemukan pada orang-orang di usia tua juga dapat menjadi penghalang keefektifan komunikasi terapeutik

seperti demensia yang dapat menurunkan tingkat pemahaman seseorang (Amoah, et al., 2019).

g. Stereotipe

Stereotipe yang salah dari pasien kepada perawat dapat menjadi penghambat komunikasi. Misalnya pasien yang memiliki pandangan bahwa perawat berperilaku kurang baik akan merasa tidak nyaman bahkan saat akan masuk rumah sakit (Amoah et al., 2019).

h. Ketersediaan jumlah perawat

Jumlah perawat dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik. Contohnya saat jumlah perawat sedikit maka beban kerja yang diterima perawat besar. Hal tersebut menyebabkan perawat tidak dapat melakukan komunikasi terapeutik yang baik kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya (Amoah et al., 2019)

i. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dapat menjadi penghambat keefektifan komunikasi terapeutik. Pengetahuan perawat terkait komunikasi terapeutik yang baik dapat menjadi hambatan komunikasi. Selain itu beberapa pasien dengan pengetahuan yang baik terkait prosedur medis dan keperawatan terkadang tidak mendengarkan dengan baik apa yang perawat atau penyedia layanan kesehatan katakan (Amoah et al., 2019).

j. Kecemasan

Dalam penelitian Amoah (2018) ditemukan hasil bahwa faktor kecemasan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi proses komunikasi terapeutik.

k. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak kondusif dapat membuat hambatan dalam keefektifan komunikasi terapeutik (Amoah et al., 2019).

2.5 Alat Ukur Penelitian

2.5.1 Kuesioner Kecemasan Komunikasi Antarbudaya PRICA (Personal Report of Intercultural Communication Apprehension Scale)

Personal Report of Intercultural Communication Apprehension Scale (PRICA) dikembangkan oleh oleh McCroskey (1997) untuk melihat apakah terdapat kecemasan komunikasi dalam upaya untuk melakukan komunikasi yang efektif dan berkelanjutan. Pernyataan kecemasan komunikasi antarbudaya dalam situasi komunikasi interpersonal dapat ditemukan dalam pernyataan nomor 6,7,8,9,10,11 dan dalam situasi komunikasi kelompok dapat ditemukan pada nomor 1,2,3,4,5,12,13,14. Kuesioner terdiri dari 14 pertanyaan yang diukur menggunakan skala likert ber poin 5 dengan poin 1 “sangat tidak setuju” hingga poin 5 “sangat setuju”. Tata cara penilaian poin adalah sebagai berikut:

1. Melakukan penjumlahan poin pada pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 9, 10 dan 12
2. Melakukan penjumlahan poin pada pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 11, 13, dan 14
3. Total skor dihitung dengan cara: $42 - \text{jumlah skor tahap 1} + \text{jumlah skor tahap 2}$
4. Total skor dapat bervariasi dari 14 hingga 70. Kecemasan komunikasi antarbudaya yang rendah dapat dilihat pada skor dibawah 32. Skor diatas 52 diindikasikan sebagai kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi. Kecemasan komunikasi antarbudaya yang sedang dilihat pada skor 32 hingga 52.

2.5.2 Kuesioner Komunikasi Terapeutik

Kuesioner komunikasi terapeutik digunakan sebagai alat ukur untuk mengukur komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat untuk membina hubungan saling percaya. Kuesioner ini diadopsi penelitian Umroh (2018) berjudul “Hubungan Kompetensi Perawat Tentang *Transcultural Nursing* dengan Pengalaman Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik di PKU Muhammadiyah Yogyakarta” dari tahap pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan 18 pertanyaan.

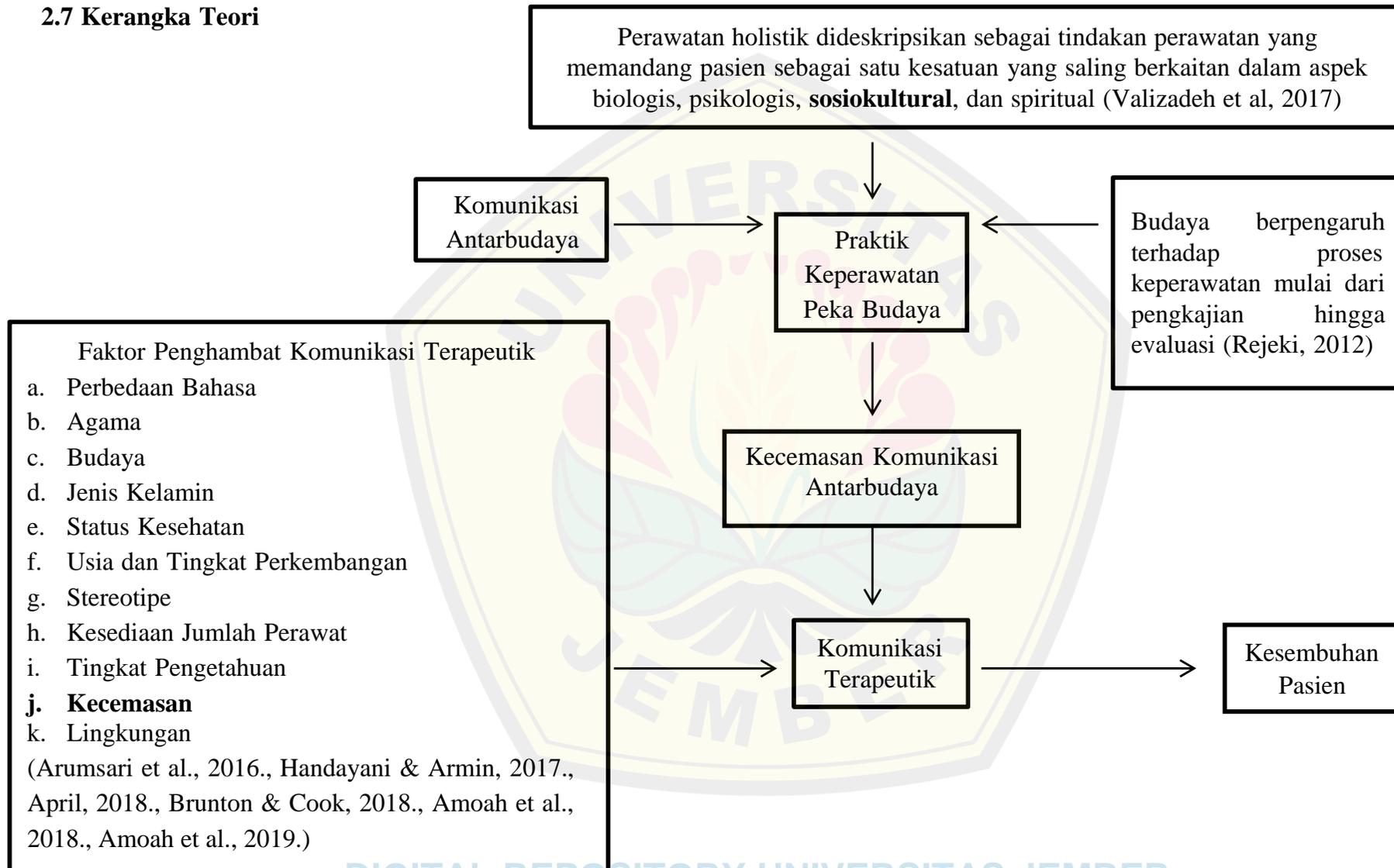
Kuesioner menggunakan 4 poin *likert scale*. Indikator dari kuesioner komunikasi terapeutik ini adalah tiga fase komunikasi terapeutik. Fase orientasi dapat ditemukan pada pernyataan nomor 1,2,3,5,14,dan 15. Fase kerja dapat ditemukan pada pernyataan nomor 4,6,7,8,12, dan 16. Sedangkan fase terminasi dapat ditemukan pada pernyataan nomor 9,10,11,13,17, dan 18.

2.6 Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dan Komunikasi Terapeutik

Karakteristik unik yang ada di setiap daerah dapat mempengaruhi komunikasi interpersonal. Dalam proses komunikasi antar perawat-pasien, perbedaan budaya dan bahasa dapat menimbulkan kesalahpahaman (Arumsari et al., 2016). Apa yang terjadi di Indonesia menunjukkan bahwa Indonesia memiliki banyak bahasa daerah yang digunakan masyarakat sebagai bahasa sehari-hari karena tidak semua orang mengerti penggunaan bahasa Indonesia yang benar. Selain itu, masyarakat juga masih merasa kurang nyaman untuk berbicara bahasa Indonesia baku di luar acara formal. Oleh karena itu, orang lebih cenderung berbicara dalam bahasa yang bercampur dengan bahasa daerah, baik dalam pengucapan maupun makna linguistiknya. Hal ini membuat bahasa daerah lebih umum untuk digunakan di masyarakat daripada bahasa Indonesia (Sebayang 2018).

Kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan bentuk reaksi pribadi negatif berupa ketakutan yang dialami seseorang saat berkomunikasi (Prabowo & Fatonah, 2014). Orang yang mengalami kecemasan saat berkomunikasi dengan orang atau kelompok lain yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda akan cenderung menghindari komunikasi. Tingkat ketakutan dan kecemasan yang berbeda mempengaruhi komunikasi, terutama dorongan psikologis untuk memulai atau mempertahankan komunikasi lintas budaya. Hal tersebut memperumit komunikasi terapeutik yang dibutuhkan perawat untuk merencanakan perawatan yang optimal.

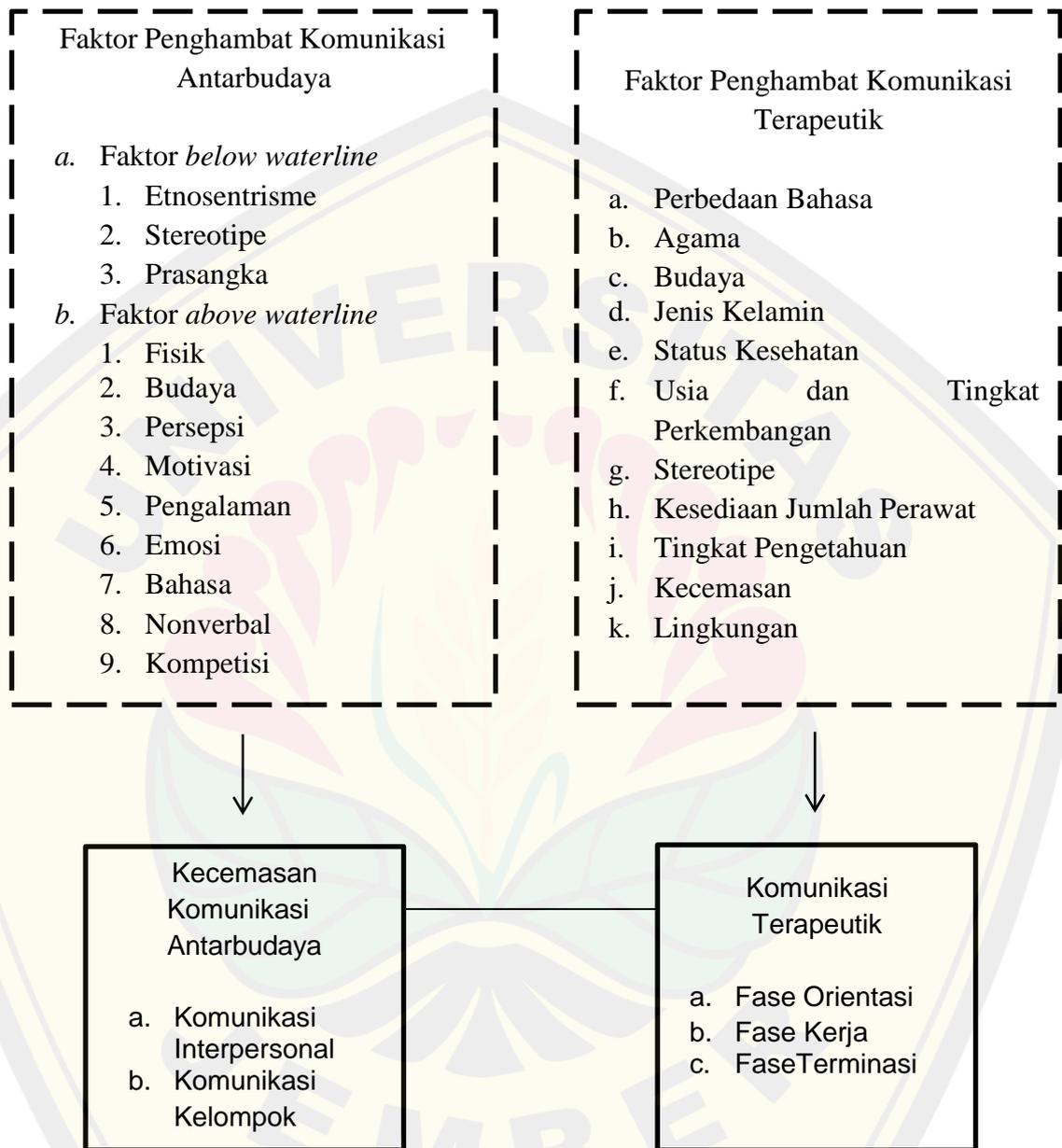
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang

BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang

Keterangan :

_____ : Berhubungan

—————> : Berpengaruh

□ : Diteliti

□ : Tidak Diteliti

3.2 Hipotesis

H₀ : Tidak terdapat hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

H₁ : Terdapat hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian atau yang sering disebut dengan desain penelitian merupakan suatu langkah-langkah aplikatif penelitian yang digunakan sebagai pedoman untuk melakukan penelitian ilmiah. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif korelasional dimana penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel (Notoatmodjo, 2018). Penelitian yang dilakukan bersifat objektif dan sistematis, dan data yang dicari bersifat ordinal (Hasdianah et al, 2015).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif korelasional dengan pendekatan desain *survey cross sectional* yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dan efek dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Penelitian ini menggunakan metode korelasi yang bertujuan untuk menelaah hubungan antara dua variabel pada satu situasi atau sekelompok objek (Notoatmodjo, 2018). Penelitian ini menganalisis hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat di RSUD dr. Haryoto. Kedua variabel tersebut diukur dan diambil datanya pada satu waktu secara bersamaan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di ruang rawat inap Bougenville yang berjumlah 16 perawat, Melati yang berjumlah 17 perawat, Kenanga yang berjumlah 17 perawat, Asoka yang berjumlah 17 perawat, Aster yang berjumlah 18 perawat, Asparaga yang berjumlah 19 perawat, dan Teratai yang berjumlah 16 perawat. Total seluruh perawat di ruang rawat inap adalah 120 perawat. Namun.

Setelah mulai dilakukan penelitian ternyata ruang rawat inap Teratai merupakan ruang rawat inap *Obgyn* sehingga tenaga kesehatan yang bertugas di ruang tersebut bukanlah perawat melainkan bidan. Hal ini membuat ruang rawat inap Teratai dikeluarkan dari populasi penelitian karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi penelitian dan menyisakan 6 ruang rawat inap yang menjadi tempat penelitian. Kepala ruang tidak dilibatkan dalam pengambilan data penelitian karena peneliti ingin mengetahui tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya dan komunikasi terapeutik perawat pelaksana yang setiap harinya berinteraksi dengan pasien sehingga jumlah sampel berkurang menjadi 98.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2018). Teknik *total sampling* digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto Lumajang dengan jumlah populasi 98 perawat.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik *total sampling* digunakan peneliti dalam penelitian ini. Teknik *total sampling* adalah teknik sampling dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi (Nursalam 2015).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi maupun kriteria eksklusi untuk menghindari kriteria sampel yang menyimpang (Notoatmodjo, 2018).

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang dapat dipenuhi oleh setiap anggota populasi sebagai anggota sampel (Notoatmodjo, 2018). Kriteria inklusi penelitian ini adalah:

- 1) Perawat di ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto Lumajang
- 2) Perawat primer atau ketua tim dan perawat pelaksana atau perawat asosiasi yang berinteraksi secara langsung dengan klien
- 3) Perawat yang bersedia menjadi responden.

b. **Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang dapat membuat anggota populasi tidak dapat menjadi sampel (Notoatmodjo, 2018). Kriteria eksklusi yang ditetapkan peneliti pada penelitian ini adalah:

- 1) Perawat yang sedang cuti kerja, pelatihan, dan izin sakit.

4.3 Lokasi Penelitian

Tempat penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto, Kabupaten Lumajang, Provinsi Jawa Timur.

4.4 Waktu Penelitian

Proses penelitian dilakukan mulai dari pengajuan judul kepada pembimbing utama pada 22 April 2022. Penyusunan bab 1 dilakukan tanggal 11 Mei 2022, bab 2 dan 3 pada 7 Juni 2022, serta bab 4 pada 27 Juni 2022. Proposal disetujui pada tanggal 19 September 2022 dilanjutkan dengan pelaksanaan seminar proposal penelitian pada tanggal 2 Oktober 2022.

Proses penelitian selanjutnya dilakukan revisi proposal, translasi kuesioner, serta uji validitas kuesioner hingga tanggal 24 Oktober 2022. Pengajuan etik dilaksanakan pada tanggal 25 Oktober 2022 dan sertifikat etik diterbitkan pada tanggal 25 Oktober 2022. Selanjutnya dilakukan pengurusan izin penelitian dan izin didapatkan pada tanggal 25 November 2022. Penelitian dilakukan mulai 29 November 2022 hingga 13 Desember 2022 lalu dilanjutkan dengan pengolahan dan analisis data dilanjutkan dengan penyusunan pembahasan hasil penelitian .

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

| No. | Variabel | Definisi | Indikator | Alat Ukur | Skala | Hasil |
|-----|----------------------------------|--|---|---|---------|---|
| 1. | Kecemasan Komunikasi Antarbudaya | Kecemasan komunikasi antarbudaya didefinisikan sebagai ketakutan atau kecemasan yang timbul dari interaksi aktual atau yang diantisipasi dengan orang-orang dari asal budaya atau etnis yang berbeda | <i>Intercultural Communication Apprehension</i> (Kecemasan Komunikasi Antarbudaya) a. Komunikasi Interpersonal b. Komunikasi Kelompok | Kuesioner <i>Personal Report Intercultural Communication Apprehension</i> (PRICA). Kuesioner PRICA berjumlah 14 pernyataan dan diadopsi dari jurnal penelitian Neuliep, J. W. & Mc Croskey, J. C (1997). | Ordinal | Tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya a. Rendah : < 32 b. Sedang : 32 – 52 c. Tinggi : > 52 |
| 2. | Komunikasi Terapeutik | Komunikasi yang dilakukan antara perawat dan pasien yang bertujuan membina hubungan saling percaya untuk meningkatkan status kesehatan pasien. | Fase Komunikasi Terapeutik a. Fase Orientasi b. Fase Kerja c. Fase Terminasi | Kuesioner Komunikasi Terapeutik. Kuesioner berjumlah 18 pernyataan dan ini diadopsi dari jurnal penelitian Umroh (2018). | Ordinal | Baik : 76-100 % Cukup : 56-75 % Kurang <55% |

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh Dari subyek penelitian melalui lembar kuesioner (Notoatmodjo, 2018). Data primer pada penelitian ini diperoleh dari penggunaan kuesioner PRICA dan kuesioner komunikasi terapeutik yang akan diuji terlebih dahulu validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner diberikan di setiap ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto Lumajang.

b. Data sekunder

Data sekunder dari penelitian ini diperoleh dari Bidang Keperawatan RSUD dr. Haryoto. Berdasarkan data yang diperoleh, RSUD dr. Haryoto memiliki perawat pada ruang rawat inap Bougenville yang berjumlah 15 perawat, Melati yang berjumlah 16 perawat, Kenanga yang berjumlah 16 perawat, Asoka yang berjumlah 16 perawat, Aster yang berjumlah 17 perawat, dan Asparaga yang berjumlah 18 perawat.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Peneliti melampirkan lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan perawat untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kuesioner diisi secara individu oleh responden dengan didampingi dan diberikan arahan oleh peneliti apabila responden mengalami kesulitan saat melakukan pengisian kuesioner, Teknik pengumpulan data dilakukan dengan tahapan berikut:

- a. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan uji etik terlebih dahulu ke tim KEPK Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Sertifikat etik dengan nomor etik No. 164/UN25.1.14/KEPK/2022. Selanjutnya peneliti mengajukan permohonan izin penelitian ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan nomor 7983/UN25.1.14/LT/2022 dan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) Universitas Jember Nomor :

7141/UN25.3.1/LT/2022. Setelah surat izin dikeluarkan, peneliti memberikan surat permohonan izin kepada Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang. Kemudian izin penelitian nomor 445/1651/427.52.01/2022 dari RSUD dr. Haryoto Lumajang keluar.

- b. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan di Rumah Sakit. Proses ini bertujuan untuk membina rasa saling percaya antara peneliti dengan responden dan diakhiri dengan penyerahan lembar *informed consent* yang didalamnya berisi lembar persetujuan untuk menjadi responden penelitian.
- c. Peneliti melakukan penyebaran kuesioner kepada responden, kemudian peneliti memberikan kuesioner tersebut dan menjelaskan petunjuk pengisiannya. Beberapa hal yang dilakukan peneliti saat responden mengisi kuesioner antara lain :
 - 1) Peneliti terlebih dahulu menemui kepala ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto untuk menyerahkan kuesioner dan memohon izin untuk melakukan penelitian.
 - 2) Peneliti membagikan kuesioner kepada perawat ruang rawat inap Bougenville, Melati, Kenanga, Asoka, Aster, dan Asparaga RSUD dr. Haryoto.
 - 3) Responden mengisi kuesioner didampingi oleh peneliti sehingga responden dapat menanyakan kepada peneliti jika terdapat hal-hal yang kurang dimengerti.
 - 4) Peneliti mengambil kembali lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden.
 - 5) Lembar kuesioner yang terkumpul diperiksa kembali oleh peneliti untuk memastikan semua pertanyaan dalam kuesioner telah diisi responden.
 - 6) Setelah seluruh kuesioner dan pertanyaan didalamnya terkumpul lengkap, kuesioner tersebut kemudian diolah melalui proses *editing*, *coding*, *entry*, dan *clearing*.

- 7) Kuesioner kemudian digolongkan berdasarkan alat ukur dan pengkategorian yang telah ditetapkan dalam definisi operasional

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Kuesioner digunakan dalam penelitian ini sebagai instrument atau alat pengumpul data. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah tersusun dengan baik dan matang dimana responden hanya perlu untuk memberikan jawaban atau tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2018). Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Personal Report Intercultural Communication Apprehension (PRICA)* diadopsi dari jurnal “*The Development of Intercultural and Interethnic Communication Apprehension Scales*”.

Kuesioner PRICA dilakukan proses translasi dengan mengacu pada rekomendasi internasional proses translasi untuk adaptasi bahasa dan budaya (Hilton, 2002) dengan melalui proses berikut:

1. *Forward translations* dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia oleh akademika berkemampuan dua bahasa (bahasa Inggris dan bahasa Indonesia)
2. *Back translations* dari bahasa Indonesia ke bahasa Inggris oleh akademika berkemampuan dua bahasa (bahasa Inggris dan bahasa Indonesia) yang belum pernah melihat kuesioner asli berbahasa Inggris.
3. Membandingkan hasil *back translations* dengan kuesioner asli dan dilakukan evaluasi pada kuesioner berbahasa Indonesia
4. Pengajuan hasil akhir translasi kepada dosen ahli untuk dilakukan *review*
5. Finalisasi kuesioner dengan hasil review dosen ahli.

Tabel 4.2 Blue Print Personal Report of Intercultural Communication Apprehension (PRICA)

| Indikator | Pernyataan | | Total |
|--------------------------|------------|-------------|-----------|
| | Favourable | Unfavorable | |
| Komunikasi Interpersonal | 7,9,10 | 6,8,11 | 6 |
| Komunikasi Kelompok | 1,3,5,12 | 2,4,13,14 | 8 |
| Jumlah | | | 14 |

Kuesioner terapeutik digunakan untuk mengukur variabel kedua diadopsi dari menggunakan kuesioner terapeutik disusun mengacu pada fase komunikasi terapeutik. Kuesioner berisi daftar pertanyaan yang dapat diisi responden sesuai dengan rentang jawaban yang telah dicantumkan. Pengukuran kuesioner dinilai dengan skala likert.

Tabel 4.3 Blue Print Kuesioner Komunikasi Terapeutik

| Indikator | Pernyataan | Total |
|----------------|------------------|-----------|
| Fase Orientasi | 1,2,3,5,14,15 | 6 |
| Fase Kerja | 4,6,7,8,12,16 | 6 |
| Fase Terminasi | 9,10,11,13,17,18 | 6 |
| Jumah | | 18 |

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur setelah melalui uji validitas dan uji reliabilitas. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan bahwa alat ukur tersebut dapat digunakan untuk mengukur (Notoatmodjo, 2018). Kuesioner PRICA akan dilakukan uji validitas untuk dipastikan validitasnya melalui uji validitas konten atau isi. Validitas isi merupakan validitas yang diestimasi lewat pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui *expert judgement* (penilaian ahli) (Hendryadi, 2017). Jumlah panel yang menilai validitas isi kuesioner mempengaruhi terhadap nilai CVI yang diterima.

Tabel 4.4 Jumlah Panel dan Implikasi Terhadap Nilai CVI yang Diterima

| Jumlah Ahli | Validator | Nilai Diterima | CVI yang | Sumber Rekomendasi |
|---------------|-----------|----------------|----------|---|
| 2 ahli | | $\geq 0,80$ | | Davis (1992) |
| 3-5 ahli | | 1 | | Polit & Beck (2006), Polit et al., (2007) |
| ≥ 6 ahli | | $\geq 0,83$ | | Polit & Beck (2006), Polit et al., (2007) |
| 6-8 ahli | | $\geq 0,83$ | | Lynn (1986) |
| ≥ 9 ahli | | $\geq 0,78$ | | Lynn (1986) |

Uji validitas dilakukan dengan 6 orang validator dengan menggunakan 4 poin *likert-scale* dengan poin 1 (tidak relevan), 2 (agak relevan), 3 (cukup relevan), dan 4 (sangat relevan). Analisa CVI dilakukan dengan I-CVI. I-CVI dilakukan untuk mengukur relevansi tiap item. Nilai I-CVI yang dibutuhkan untuk mengukur validitas kuesioner berbeda berdasarkan jumlah validator ahli yang menilai (Yusoff, 2019). Uji validitas dilaksanakan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Tabel 4.5 Kalkulasi Penilaian *Content Validity Index* (CVI)

| Kuesioner | Panel Penilai | | | | | | Jumlah Penilai Setuju | I-CVI |
|-----------|---------------|----|-----|----|---|----|-----------------------|-------|
| | I | II | III | IV | V | VI | | |
| Butir 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 9 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 1 |
| Butir 10 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 11 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 1 |
| Butir 12 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 1 |
| Butir 13 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 6 | 1 |
| Butir 14 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 6 | 1 |

Hasil kalkulasi penilaian *Content Validity Index* didapatkan nilai 1 pada setiap butir kuesioner untuk pelaksanaan CVI dengan 6 panel penilai. Hal tersebut membuktikan bahwa 14 butir kuesioner PRICA dinyatakan valid.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan proses yang digunakan untuk menyunting beberapa data yang sudah terkumpul dari kuesioner penelitian (Notoatmodjo, 2018). Peneliti memeriksa kelengkapan kuesioner seperti data demografi, daftar pertanyaan dan jawaban yang ada pada kuesioner.

4.7.2 Coding

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau coding, yakni mengubah data berbentuk huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2018).

Tabel 4.6 Coding

| No. | Indikator | Kode |
|-----|----------------------|------|
| 1. | Jenis Kelamin | |
| | Laki-laki | 1 |
| | Perempuan | 2 |
| 2. | Budaya | |
| | Jawa | 1 |
| | Madura | 2 |
| | Tengger | 3 |
| | Lainnya | 4 |
| 3. | Bahasa | |
| | Indonesia | 1 |
| | Jawa | 2 |
| | Madura | 3 |
| | Lainnya | 4 |
| 4. | Pendidikan | |
| | D3 | 1 |
| | S1 | 2 |
| | Ners | 3 |
| | S2 | 4 |
| | Spesialis | 5 |
| 5. | Peran | |

| | | |
|-----------|---|---|
| | Perawat Primer/Ketua Tim | 1 |
| | Perawat Asosiasi/Perawat Pelaksana | 2 |
| 6. | Ruang Rawat Inap | |
| | Bougenville | 1 |
| | Melati | 2 |
| | Kenanga | 3 |
| | Asoka | 4 |
| | Aster | 5 |
| | Asparaga | 6 |
| 7. | Interpretasi PRICA | |
| | Tinggi | 1 |
| | Sedang | 2 |
| | Rendah | 3 |
| 8. | Interpretasi Kuesioner Komunikasi Terapeutik | |
| | Baik | 1 |
| | Cukup | 2 |
| | Kurang | 3 |

4.7.3 Entry Data

Entry data merupakan proses memasukkan data berupa jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode kedalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2018). Dalam penelitian kali ini data dimasukkan kedalam excel untuk dilakukan perhitungan hasil akhir kuesioner. Setelah itu nilai hasil akhir kuesioner serta data-data yang telah dilakukan *coding* dimasukkan kedalam SPSS untuk dilakukan uji statistik

4.7.4 Cleaning

Cleaning merupakan pemeriksaan kembali setiap sumber data atau responden setelah proses pemasukan data untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode dan ketidaklengkapan (Notoatmodjo, 2018). Pada penelitian ini dilakukan pemeriksaan kembali antara lembar jawaban kuesioner responden dan data yang telah peneliti masukkan kedalam komputer.

4.8 Analisa Data

4.8.1 Analisa Univariat

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat. Tujuan dilakukannya analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat bergantung pada jenis data. Pada umumnya analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2018). Analisa univariat dari penelitian ini menjabarkan jumlah dan presentase dari data demografi seperti golongan pendidikan, lama masa kerja, dan daerah asal responden.

4.8.2 Analisa Bivariat

Penelitian ini merupakan jenis penelitian korelasi yang bertujuan untuk menguji apakah dua variabel yang diteliti memiliki hubungan atau tidak. Analisis bivariat dalam penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Dalam penelitian ini akan dilakukan uji kendall tau-b untuk melihat korelasi antara dua variabel ordinal. Hasil penelitian dinyatakan memiliki hubungan apabila nilai $p\text{ value} < 0,05$.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan umumnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti di satu sisi dan sisi yang lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti bahwa Ada hubungan timbal balik antara orang sebagai peneliti dan yang diteliti. Oleh sebab itu, sesuai dengan prinsip etika atau moral maka dalam penelitian kesehatan harus diperhatikan hubungan antara kedua belah pihak secara etika. Status hubungan antara peneliti dan orang yang diteliti adalah sama, yaitu setiap pihak memiliki hak dan kewajiban yang sama (Notoatmodjo, 2018). Etika penelitian digunakan untuk menjaga dan melindungi hak dan kewajiban responden atau peneliti. Sebuah penelitian perlu memperhatikan prinsip etik untuk memberikan keuntungan yang lebih banyak

daripada resiko atau efek samping yang mungkin saja terjadi. Uji etik telah dilaksanakan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang dinilai oleh tim KEPK Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penelitian telah lolos melakukan uji etik dengan nomor sertifikat etik No. 164/UN25.1.14/KEPK/2022.

4.9.1 Menghormati otonomi pasien (*respect of the autonomy*)

Otonomi responden dipastikan menggunakan lembar persetujuan atau *informed consent* yang berisi informasi tentang penelitian yang akan dilakukan lengkap beserta dengan tujuan, prosedur pengumpulan data, dan manfaat (Notoatmodjo, 2018). Responden mengisi lembar *Informed Consent* di awal sebelum mengisi kuesioner penelitian. Responden yang menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian dilanjutkan untuk melakukan pengisian kuesioner. Sebaliknya, responden yang tidak setuju untuk mengikuti penelitian dieksklusikan dari penelitian dan keputusan responden akan dihormati.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi atau data yang diperoleh dari responden harus dijamin kerahasiaannya agar orang lain selain peneliti tidak dapat mengetahui data tersebut (Notoatmodjo, 2018). Kerahasiaan pada penelitian ini dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas responden pada saat pendokumentasian kegiatan penelitian. Kepentingan untuk dokumentasi seperti foto dan identitas responden disamarkan. Peneliti hanya menginstruksikan perawat untuk mencantumkan tanda tangan disertai nama terang di bagian *consent* sebagai bukti persetujuan dan kesediaan responden dilibatkan dalam kegiatan penelitian. Kegiatan dokumentasi seperti pengambilan foto yang melibatkan responden terlebih dahulu disamarkan untuk menjaga identitas responden.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Keadilan adalah sikap atau perilaku yang menjamin perlakuan pada semua responden agar responden mendapatkan keuntungan yang sama dengan tidak membedakan jenis kelamin, agama, dan etnis (Notoatmodjo, 2018). Peneliti

memperlakukan semua perawat yang dilibatkan dalam penelitian secara adil sebelum, selama, dan pada saat proses penelitian dilakukan. Peneliti terlebih dahulu memohon izin dan kesediaan setiap perawat untuk dilibatkan sebagai responden penelitian.

4.9.4 Kemanfaatan (*Benefience*)

Peneliti berusaha mendapatkan manfaat semaksimal mungkin untuk masyarakat dan meminimalkan dampak yang dapat merugikan responden (Notoatmodjo, 2018). Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan tujuan dan prosedur penelitian untuk menghindari risiko atau dampak negatif yang dapat membahayakan perawat. Manfaat yang responden perawat dapatkan secara langsung dalam penelitian ini adalah pengetahuan terkait kecemasan komunikasi antarbudaya dan komunikasi terapeutik serta dalam jangka panjang tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya dan komunikasi terapeutik dalam menangani pasien dari daerah atau etnis yang berbeda-beda dapat diketahui dan dapat menjadi evaluasi untuk meningkatkan kinerja.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

Data umum dalam penelitian ini berupa data demografi perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto diambil dengan meninjau usia, jenis kelamin, latar belakang budaya, bahasa yang digunakan perawat, pendidikan terakhir, peran perawat, ruang rawat inap perawat bertugas, dan durasi lama perawat bekerja di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Data jenis kelamin, latar belakang budaya, bahasa yang digunakan perawat, pendidikan terakhir, peran perawat, dan ruang rawat inap perawat bertugas disampaikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentase dalam table 5.1

Tabel 5.1 Rerata Data Numerik Umur dan Lama Bekerja Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=98)

| No. | Data Umum | Mean (SD) | Median (min-max) |
|-----|----------------------|--------------|------------------|
| 1. | Umur (Tahun) | 32,82 (6,12) | 30,50 (23-52) |
| 2. | Lama Bekerja (Tahun) | 7,81 (6,23) | 6,50 (0,33-29) |

Sumber: Data Primer (2022)

Hasil dari analisis distribusi frekuensi pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa rata-rata usia dari responden penelitian adalah 32,82 dengan median 30,5. Responden termuda dalam penelitian ini berusia 23 tahun dan responden termuda berusia 52 tahun. Rata-rata responden penelitian telah bekerja di RSUD dr. Haryoto selama 7,81 tahun dengan median 6,5 tahun. Durasi lama bekerja responden yang baru saja bekerja selama 4 bulan atau 0,33 tahun dan responden yang bekerja terlama selama 29 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi Data Kategorik Karakteristik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=98)

| No. | Data Umum | Frekuensi (%) |
|-----|---------------|------------------|
| 1. | Jenis Kelamin | |
| | Laki-laki | 11 (11,2%) |
| | Perempuan | 87 (88,8%) |
| | Total | 98 (100%) |

| | | |
|----|------------------------------------|------------------|
| 2. | Latar Belakang Budaya | |
| | Jawa | 84 (85,7%) |
| | Madura | 10 (10,2%) |
| | Lainnya | 4 (4,1%) |
| | Total | 98 (100%) |
| 3. | Bahasa yang Digunakan | |
| | Indonesia | 61 (62,2%) |
| | Jawa | 8 (8,2%) |
| | Madura | 0 (0%) |
| | Lainnya | 29 (29,6%) |
| | Total | 98 (100%) |
| 4. | Pendidikan Terakhir | |
| | D3 Keperawatan | 60 (61,2%) |
| | S1 Keperawatan | 9 (9,1%) |
| | Ners | 29 (29,6%) |
| | S2 | 0 (0%) |
| | Spesialis | 0 (0%) |
| | Total | 98 (100%) |
| 5. | Peran Perawat | |
| | Perawat Primer/Ketua Tim | 20 (20,4%) |
| | Perawat Asosiasi/Perawat Pelaksana | 78 (79,6%) |
| | Total | 98 (100%) |
| 6. | Ruang Rawat Inap | |
| | Bougenville | 15 (15,3%) |
| | Melati | 16 (16,3%) |
| | Kenanga | 16 (16,3%) |
| | Asoka | 16 (16,3%) |
| | Aster | 17 (17,3%) |
| | Asparaga | 18 (18,4%) |
| | Total | 98 (100%) |

Sumber: Data Primer (2022)

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa perawat berjenis kelamin laki-laki sebanyak 11 orang (11,2%) dan perawat berjenis kelamin perempuan sebanyak 87 orang (88,8%). Responden berlatar belakang budaya Jawa menduduki jumlah tertinggi dengan jumlah 84 orang (85,7%), disusul dengan latar belakang budaya Madura berjumlah 10 orang (10,2%), dan latar belakang budaya lainnya berjumlah 4 orang (4,1%). Latar belakang yang lainnya terdiri atas latar belakang budaya Jawa sekaligus Madura berjumlah 4 orang. Bahasa terbanyak yang digunakan perawat dalam tabel adalah bahasa Indonesia yang digunakan oleh 61 orang (62,2%), disusul dengan bahasa Jawa sebanyak 8 orang (8,2%), dan bahasa lainnya sebanyak 29 orang (29,6%). Bahasa yang lainnya

terdiri atas penggunaan bahasa Indonesia dan Jawa berjumlah 22 orang, penggunaan bahasa Jawa dan Madura berjumlah 1 orang, serta penggunaan bahasa Indonesia, Jawa, dan Madura berjumlah 6 orang. Dalam tabel 5.1 dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat memiliki pendidikan terakhir D3 keperawatan sebanyak 60 orang (61,2%), perawat dengan pendidikan terakhir S1 keperawatan ditemukan sebanyak 9 orang (9,1%), dan perawat dengan pendidikan terakhir profesi ners sejumlah 29 orang (29,6%). Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa 20 orang responden (20,4%) berperan sebagai perawat primer/ketua tim dan 78 orang responden (79,6%) berperan sebagai perawat asosiasi/perawat pelaksana. Dari sejumlah 98 sampel penelitian 15 orang (15,3%) perawat berasal dari ruang Bougenville, 16 orang (16,3%) berasal dari ruang Melati, 16 orang (16,3%) berasal dari ruang Kenanga, 16 orang (16,3%) berasal dari ruang Asoka, 17 orang (17,3%) berasal dari ruang Aster dan 18 orang perawat (18,4%) berasal dari ruang Asparaga.

5.1.2 Data Khusus

Penelitian ini menggunakan 2 data khusus sebagai variabel penelitian berupa data kecemasan komunikasi antarbudaya yang diukur menggunakan kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA) dan data komunikasi terapeutik yang diukur menggunakan kuesioner komunikasi terapeutik. Kedua variabel tersebut digunakan untuk mencari tujuan dari penelitian ini yaitu melihat hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

Data khusus tersebut dijelaskan pada masing-masing tabel dibawah ini:

a. Kecemasan Komunikasi Antarbudaya

Penelitian terhadap kecemasan komunikasi antarbudaya pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang terbagi menjadi 3 kategori hasil yaitu tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya tinggi, sedang, dan rendah. Pernyataan dalam kuesioner juga terbagi menjadi pernyataan-pernyataan favourable dan unfavourable yang skornya

digunakan dalam penghitungan skor hasil untuk interpretasi. Didalam kuesioner juga terdapat pernyataan yang menunjukkan situasi komunikasi interpersonal dan komunikasi kelompok. Data hasil variabel kecemasan komunikasi antarbudaya dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Komunikasi Antarbudaya Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang

| No. | Variabel | Frekuensi (%) |
|-----------|---|------------------|
| 1. | Kecemasan Komunikasi Antarbudaya | |
| | Tinggi | 1 (1%) |
| | Sedang | 69 (70,4%) |
| | Rendah | 28 (28,6%) |
| | Total | 98 (100%) |

Sumber: Data Primer (2022)

Pada tabel 5.3 menunjukkan data bahwa tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang yang memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya tinggi sejumlah 1 orang (1%), tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya sedang sejumlah 69 orang (70,4%), dan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya rendah sejumlah 28 orang (28,6%),

b. Komunikasi Terapeutik

Penelitian terhadap komunikasi terapeutik pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang terbagi menjadi 3 kategori hasil yaitu baik, cukup, dan kurang. Pernyataan dalam kuesioner terdapat pernyataan yang 3 fase komunikasi terapeutik yang dilaksanakan yaitu fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Data hasil variabel kecemasan komunikasi antarbudaya dapat dilihat pada tabel 5.4 dibawah ini:

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang

| No. | Variabel | Frekuensi (%) |
|-----------|------------------------------|------------------|
| 1. | Komunikasi Terapeutik | |
| | Baik | 82 (83,7%) |
| | Cukup | 15 (15,3%) |
| | Kurang | 1 (1%) |
| | Total | 98 (100%) |

Sumber: Data Primer (2022)

Pada tabel 5.4 menunjukkan data bahwa komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang dalam kategori baik berjumlah 82 orang (83,7%), kategori cukup berjumlah 15 orang (15,3%), dan kategori kurang berjumlah 1 orang (1%).

c. Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang

Pengujian hipotesis penelitian dilihat dengan melihat hubungan antara kedua variabel yaitu kecemasan komunikasi antarbudaya dan komunikasi terapeutik pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang. Persebaran data akan dilihat terlebih dahulu menggunakan fitur *crosstabs* pada SPSS. Pengujian dilakukan dengan menggunakan uji kendall's tau b dengan signifikansi sebesar 0,05. Hasil uji hipotesis untuk penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.5 Analisis Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang bulan November-Desember

| Variabel | | Komunikasi Terapeutik | | | Total | <i>p value</i> (<i>r</i>) |
|--------------------|--------|-----------------------|------------|--------|------------|--------------------------------|
| | | Baik | Cukup | Kurang | | |
| Kecemasan | Tinggi | 1 (1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 0,698 |
| Komunikasi | Sedang | 58 (59,2%) | 11 (11,2%) | 0 (0%) | 69 (70,4%) | 0,039 |
| Antarbudaya | Rendah | 23 (23,5%) | 4 (4,1%) | 1 (1%) | 28 (28,6%) | |
| Total | | 82 (83,7%) | 15 (15,3%) | 1 (1%) | 98 (100%) | |

*Ada Hubungan

Sumber Data Primer (2022)

Hasil analisis variabel menunjukkan bahwasanya responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya tinggi dan komunikasi terapeutik baik berjumlah 1 orang (1%), responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya sedang dan komunikasi terapeutik baik berjumlah 58 orang (59,2%), responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya sedang dan komunikasi terapeutik cukup berjumlah 11 orang (11,2%), responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya rendah dan komunikasi terapeutik baik berjumlah 23 orang (23,5%), responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya rendah dan komunikasi terapeutik cukup berjumlah 4 orang (4,1%), dan responden dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya rendah dan komunikasi terapeutik buruk berjumlah 1 orang (1%).

Pada tabel 5.5 dapat dilihat bahwa uji kendall's tau b menunjukkan nilai signifikansi 0,698. Nilai tersebut lebih besar dari 0,05 yang menunjukkan bahwa H_a ditolak dan H_0 diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden memiliki rentang usia 23-52 tahun dengan rata-rata usia responden 32,82 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Duck-Hee, et al (2012) yang menyebutkan bahwasanya responden penelitiannya memiliki usai rata-rata 29 tahun. Penelitian Nantsupawat, et al (2016) juga menyebutkan bahwasanya responden penelitiannya memiliki usai rata-rata 33 tahun. Novietasari (2018) juga meyebutkan bahwasanya responden penelitiannya memiliki rentang usia 22-56 tahun. Peneliti menarik kesimpulan bahwasanya

rentang usia tersebut merupakan rentang usia perawat yang bekerja di rumah sakit.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian mendapatkan hasil bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak daripada jumlah responden laki-laki dengan jumlah responden perempuan sebanyak 87 orang atau 88,8% dari total jumlah responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Novietasari (2018) yang menyebutkan bahwasanya karakteristik responden penelitiannya yang dilakukan di Jakarta Timur didominasi oleh jenis kelamin perempuan (96,7%). Peneliti menarik kesimpulan bahwasanya jenis kelamin perawat didominasi oleh jenis kelamin perempuan.

c. Latar Belakang Budaya dan Bahasa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden penelitian sebagian besar memiliki latar belakang budaya Jawa dengan jumlah 84 orang atau 85,7% dari total jumlah responden penelitian. Sejalan dengan penelitian ini, Novietasari (2018) juga menyebutkan dalam penelitiannya bahwasanya karakteristik perawat didominasi oleh perawat yang berasal dari suku Jawa sebanyak 48,39%. Penelitian Abdullah (2020) juga menunjukkan bahwasanya responden penelitiannya menunjukkan karakteristik dimana latar belakang budaya atau sukunya didominasi oleh Jawa dengan jumlah 100 responden (92,6%). Peneliti berasumsi bahwasanya suku atau latar belakang budaya yang dominan dalam penelitian ini dipengaruhi oleh lokasi penelitian yang dipilih. Dalam hal ini latar belakang budaya atau suku Jawa memiliki jumlah yang lebih banyak daripada budaya lain yaitu Madura dan Tengger.

Selain itu dari total responden, sebagian besar responden menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa pengantar yang digunakan responden kepada klien dengan jumlah responden sebesar 61 orang atau 62,2% total jumlah responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Abdullah

(2020) yang menunjukkan bahwasanya sebanyak 78 orang (72,2%) responden penelitiannya menggunakan bahasa Indonesia. Penggunaan bahasa ini diasumsikan oleh peneliti akibat dari lokasi penelitian dimana bahasa Indonesia merupakan bahasa nasional yang digunakan di Indonesia.

Peneliti berasumsi bahwasanya latar belakang budaya atau suku dan juga bahasa yang digunakan akan mempengaruhi pelaksanaan pemberian layanan keperawatan. Mattelianno & Street (2012) menjelaskan bahwa sebagian responden menunjukkan bahwa hubungan yang baik antara pemberi layanan kesehatan dan klien dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan juga bahasa yang digunakan. Hal ini membantu pemberi layanan kesehatan dalam menjalin hubungan yang baik dan meningkatkan kepercayaan klien. Dalam penelitiannya, Crawford et al (2017) menjelaskan bahwasanya pelaksanaan komunikasi untuk membangun hubungan terapeutik dipengaruhi pula oleh latar belakang sosial dan budaya. Hal ini dikarenakan proses inferensi percakapan membutuhkan mendengarkan ucapan, membentuk hipotesis tentang apa yang sedang dilakukan, mengandalkan pengetahuan latar belakang sosial, persepsi isyarat kontekstualisasi dan harapan untuk mengevaluasi apa yang dimaksudkan dan sikap apa yang disampaikan yang masuk akal dalam hal apa yang kita tahu dari pengalaman masa lalu. Inferensi percakapan penting untuk komunikasi tetapi juga merupakan sumber utama miskomunikasi jika seseorang tidak memiliki pengetahuan latar belakang sosial dan budaya yang sesuai yang diperlukan untuk menyimpulkan makna dari apa yang dikatakan. Sejalan dengan hal tersebut, Padela, et al (2008) menjelaskan bahwasanya bahasa, jenis kelamin, dan kesesuaian ras dapat membantu meningkatkan hubungan antara pemberi layanan kesehatan dengan klien juga membantu dalam meningkatkan kepuasan klien.

d. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir D3 keperawatan sebanyak 60 orang (61,2%) dari total responden sebanyak 98 orang perawat. Penelitian Abdullah (2020) menyebutkan dalam penelitiannya bahwasanya jumlah responden dengan pendidikan D3 merupakan yang paling banyak dengan jumlah 63 perawat (58,3%). Hal ini juga sehalan dengan penelitian Ratanto, et al (2013) dimana jumlah tenaga vokasional atau D3 sejumlah 195 perawat (90,3%). Pendidikan dilakukan sebagai upaya untuk mengubah sikap seseorang serta sebagai proses pembelajaran. Peneliti berasumsi bahwasanya pendidikan perawat didominasi oleh perawat dengan pendidikan terakhir D3 keperawatan.

e. Lama Bekerja

Berdasarkan hasil penelitian rata-rata responden penelitian telah bekerja di RSUD dr. Haryoto selama 7,81 tahun dengan median 6,5 tahun. Durasi lama bekerja responden yang baru saja bekerja selama 4 bulan atau 0,33 tahun dan responden yang bekerja terlama selama 29 tahun. Penelitian Novietasari (2018) menyebutkan bahwa responden penelitiannya telah bekerja di rumah sakit 1-35 tahun dengan rata-rata lama bekerja selama 18 tahun.

5.2.2 Gambaran Kecemasan Komunikasi Antarbudaya

Kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan rasa takut atau cemas yang berhubungan dengan interaksi langsung atau yang diantisipasi oleh orang-orang dengan budaya atau kelompok etnis yang berbeda (Neuliep & McCroskey, 1997; Kim, 2017). Keberadaan kecemasan komunikasi antarbudaya berpotensi untuk memengaruhi tingkat stress, kecemasan, dan tingkat menghindari interaksi (Neuliep, 2012; Neuliep & Ryan, 1998; Kim, 2017). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang beragam dengan sebagian besar

perawat memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya sedang sejumlah 69 orang (70,4%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang sebagian besar berada pada tingkat sedang. Peneliti berpendapat bahwasanya terdapat faktor lain yang mempengaruhi tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya seseorang.

Faktor jenis kelamin dapat menjadi faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan komunikasi antarbudaya seseorang. Data penelitian menyatakan bahwasanya terdapat 1 responden dengan jenis kelamin perempuan yang memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi. Penelitian dari Bobanović (2007) menyatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh dalam kecemasan komunikasi antarbudaya. Dalam penelitian Bobanović (2007) dapat dilihat bahwa terdapat 4 responden berjenis perempuan dan 1 responden berjenis kelamin laki-laki yang memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi pada awal penelitian dan pada akhir penelitian jumlah tersebut menurun menjadi 2 responden perempuan yang masih memiliki tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi. Penelitian Reyhan (2018) juga mendapatkan hasil bahwasanya rata-rata responden berjenis kelamin perempuan menunjukkan tingkat kecemasan dalam berkomunikasi yang lebih tinggi dibanding responden laki-laki. Peneliti berasumsi bahwasanya kondisi tersebut dapat terjadi karena secara psikologis laki-laki lebih dapat mengendalikan kecemasannya sehingga tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang dirasakan masih dapat dikendalikan. Dalam penelitian ini hasil tingkat kecemasan komunikasi yang sedang dapat juga dikaitkan dengan kondisi psikologis perempuan yang cenderung belum dapat mengendalikan kecemasannya dengan baik. Pada penelitian ini jumlah responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 87 responden (88,8%).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya responden adalah etnosentrisme. Etnosentrisme merupakan cara pandang seseorang yang memandang bahwa budayanya lebih *superior* dibandingkan dengan budaya lain (Ridwan, 2016). Penelitian Bhargava & Panicker (2021) serta Rahmani (2017) menjelaskan bahwasanya etnosentrisme

berhubungan positif dengan kecemasan komunikasi antarbudaya. Semakin tinggi etnosentrisme maka akan semakin tinggi pula tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya. Lokasi penelitian dilakukan di kabupaten Lumajang dimana dengan faktor geografisnya menghasilkan budaya Pandhalungan yang terbentuk dari asimilasi budaya etnis Jawa, Madura, dan Tengger (Savitri, dkk, 2018). Peneliti berasumsi bahwasanya adanya asimilasi budaya ini dapat membuat perawat di ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang cukup mampu menghadapi kecemasan komunikasi antarbudaya karena perawat sudah terpapar budaya Pandhalungan.

Penelitian Trisasanti et. al (2020) menjelaskan bahwa partisipan penelitian dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya mempengaruhi pengalaman berinteraksi dengan budaya yang berbeda. Partisipan dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang rendah cenderung untuk memiliki perasaan bersemangat, memiliki rasa ingin tahu, dan pandangan baik saat berinteraksi dengan orang dengan perbedaan latar belakang budaya. Di lain sisi, partisipan dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi cenderung memiliki perasaan negatif terhadap situasi tersebut seperti rasa takut, cemas, dan kepercayaan diri yang rendah. Hal ini mendukung penelitian Gudykunst (2005) terkait teori *Anxiety/Uncertainty Management* (AUM) menyatakan bahwa kesulitan seseorang dalam menghadapi budaya baru mengacu pada ketidakpastian (ketidakyakinan untuk bertindak) dan juga kecemasan (kurangnya kenyamanan) sehingga tidak dapat menginterpretasikan perilaku atau pesan orang lain secara akurat. Selain itu AUM juga mempengaruhi efektifitas dalam komunikasi terkait komunikasi interpersonal dan komunikasi kelompok (Gudykunst & Nishida, 2001). Seseorang dengan tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi cenderung untuk memperburuk atau menghindari konflik dan ketidaksepahaman yang dapat penyelesaian konflik menjadi lebih sulit didapatkan (Hayes et al., 2005).

Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwasanya gambaran kecemasan komunikasi antarbudaya pada perawat di ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang berada pada tingkat sedang. Adapun peneliti berpendapat

bahwasanya hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu faktor jenis kelamin dan etnosentrisme yang dipengaruhi oleh lokasi penelitian.

5.2.3 Gambaran Komunikasi Terapeutik

Data penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang dalam kategori baik dengan jumlah 82 orang (83,7%) dari 98 responden penelitian. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik berdasarkan fase komunikasi terapeutik peplau sebagian besar berada pada kategori baik. Peneliti berpendapat bahwa terdapat beberapa faktor dalam penelitian yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik.

Dalam faktor usia, penelitian Kristyaningsih (2021) menjelaskan bahwa usia dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan komunikasi terapeutik karena hal ini berkaitan dengan kemampuan untuk mengendalikan emosi. Sejalan dengan penelitian tersebut, penelitian Kristyaningsih (2018) menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Peneliti berpendapat bahwasanya hasil pelaksanaan komunikasi terapeutik yang baik dapat dipengaruhi oleh usia responden penelitian. Hasil penelitian menunjukkan rentang usia 23-52 tahun dengan rata-rata usia responden 32,82 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa rata-rata usia responden menginjak pada usia dewasa awal sesuai dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil tersebut menunjukkan adanya kematangan berpikir dan pengendalian terhadap emosi. Hal ini dikarenakan usia mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengendalikan emosi. Semakin bertambahnya usia seseorang membuat kemampuan untuk mengendalikan emosi meningkat. Namun jika dilihat dari segi potensi seseorang untuk mau melakukan komunikasi, maka usia muda memiliki potensi yang lebih besar dibandingkan dengan usia tua karena kreatifitas dan pemikiran inovatif dari seseorang dengan usia muda sehingga kemampuan komunikasi yang ditunjukkan lebih baik.

Adapun semakin tinggi usia seseorang dapat dianalogikan bahwa semakin tinggi pula lama dia bekerja. Dengan semakin tinggi waktu lama bekerja, maka semakin banyak pula pengalaman yang didapatkan. Semakin banyak pengalaman seseorang, maka akan mempengaruhi juga kemampuan seseorang untuk berkomunikasi (Yulianti & Purnamawati, 2019). Akan tetapi, hal tersebut bertolak belakang dari hasil penelitian Riyadi (2016). Dalam penelitiannya, Riyadi (2016) menjelaskan bahwa penelitian mereka tidak menunjukkan hasil akan adanya hubungan yang signifikan antara lama bekerja dengan penerapan komunikasi perawat.

Dalam faktor jenis kelamin juga memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat. Berdasarkan data penelitian ditemukan hasil bahwa terdapat 1 responden berjenis kelamin laki-laki yang dinilai memiliki komunikasi terapeutik yang kurang sedangkan tidak ada responden perempuan yang memiliki komunikasi terapeutik yang kurang. Peneliti berpendapat bahwa hal tersebut dapat terjadi karena laki-laki cenderung kurang berkomunikasi secara verbal, tetapi lebih cenderung memulai komunikasi dan membicarakan masalah secara langsung, sedangkan wanita cenderung berbagi informasi pribadi, aktif mendengarkan dan membantu orang lain mengungkapkan pikiran. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Handayani & Armina (2017) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin dapat menjadi faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik. Jenis kelamin dapat mempengaruhi bagaimana cara pikir, tindakan, perasaan, dan cara berkomunikasi seseorang.

Dalam faktor budaya dan bahasa yang digunakan dapat menjadi salah satu hambatan yang dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik. Dalam penelitian Alshammari (2019) menjelaskan bahwa adanya perbedaan dalam bahasa, budaya, dan agama atau kepercayaan dapat secara langsung mempengaruhi komunikasi terhadap pasien. Penelitian Amoah (2019) menunjukkan hasil bahwa adanya perbedaan budaya menjadi kunci terhadap hambatan terjadinya komunikasi terapeutik yang efektif. Faktor bahasa juga diidentifikasi sebagai hambatan terhadap terjadinya komunikasi terapeutik yang efektif. Perbedaan bahasa dapat dijumpai di setiap negara bahkan setiap daerah dalam satu negara. Perbedaan

bahasa tersebut dapat mempengaruhi komunikasi (Arumsari et al., 2016). Peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik yang baik di RSUD dr. Haryoto Lumajang tidak lepas dari latar belakang budaya dan kemampuan bahasa responden. Hal tersebut dapat dilihat dari latar belakang responden yang mayoritas Jawa dan Madura sama dengan mayoritas latar belakang budaya masyarakat Lumajang. Hal yang sama juga terjadi pada penggunaan bahasa yang digunakan responden selama berinteraksi dengan klien. Selain penggunaan bahasa Indonesia sebagai bahasa nasional, penggunaan bahasa lain juga dilakukan oleh sebagian responden terutama bahasa Jawa dan Madura. Permasalahan dapat terjadi apabila perawat menghadapi klien dengan keterbatasan kemampuan bahasa Indonesia dan hal ini dapat juga diperburuk apabila bahasa yang dapat digunakan antara klien dan perawat tidak sama misalnya klien menggunakan bahasa Madura sedangkan perawat dapat menggunakan bahasa Jawa namun tidak dengan bahasa Madura, begitu pun sebaliknya. Namun hal tersebut dapat diatasi dengan bantuan rekan perawat yang lain yang dapat menggunakan bahasa tersebut.

Tingkat pendidikan perawat juga dapat mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat. Hal ini dapat terjadi karena tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima atau menyampaikan informasi (Budiman, 2013). Dalam penelitiannya, Salam (2014) menjelaskan bahwasanya terdapat hubungan antara tingkat pendidikan perawat dan penerapan komunikasi terapeutik dengan tingkat hubungan yang signifikan. Peneliti berpendapat bahwasanya tingkat pendidikan tersebut akan mempengaruhi pengetahuan dan cara berpikir perawat yang mempengaruhi kemampuan komunikasi perawat. Hal ini juga disampaikan oleh Kristyaningsih (2021), bahwasanya tingkat pendidikan perawat mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat. Semakin tingginya tingkat pendidikan perawat akan meningkatkan pengetahuan perawat. Pengetahuan perawat yang baik akan meningkatkan kemampuan komunikasi perawat (Kristyaningsih, 2021).

Peneliti berpendapat bahwa hasil komunikasi terapeutik ini merupakan hasil yang positif karena pelaksanaan komunikasi terapeutik mempengaruhi kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang dapat diterima pasien. Pelaksanaan

komunikasi terapeutik menjadi hal yang sangat berakna karena hal ini menjadi metode utama dalam proses implementasi asuhan keperawatan. Selain itu melalui komunikasi terapeutik perawat dapat menganalisa permasalahan kesehatan yang terdapat pada pasien. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Marhaeni (2009) yang mendapatkan hasil bahwa Komunikasi terapeutik muncul akibat adanya gangguan komunikasi karena ketidakmampuan pasien menyampaikan perasaannya dan hal tersebut menjadi bahan perawat untuk menganalisa permasalahan kesehatan pada pasien.

Gambaran komunikasi perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang pada penelitian kali ini menunjukkan nilai yang baik. Hal tersebut dapat terjadi dipengaruhi karena faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik diantaranya usia, jenis kelamin, latar belakang budaya dan bahasa, tingkat pendidikan, serta lama bekerja. Komunikasi terapeutik yang merupakan komunikasi yang diterapkan perawat kepada pasien merupakan aspek penting yang menjadi pondasi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien (Marhaeni, 2009). Komunikasi terapeutik secara langsung menerapkan perencanaan komunikasi, tujuan, dan aktifitas yang berpusat pada pemulihan pasien (Setiawan, 2005). Penerapan tersebut membuat pasien merasa adanya penghargaan, penerimaan, dan pengarahan yang dilakukan oleh perawat sehingga pasien akan secara sukarela menyampaikan perasaan, dan pemikirannya dan membuat beban emosi serta ketegangan hilang. Oleh karena itu, memberikan bantuan kepada pasien untuk dapat menjelaskan perasaan dan pemikiran, memberikan bantuan tindakan praktis kepada pasien, serta memberikan bantuan untuk penyesuaian lingkungan sekitar untuk meningkatkan pemulihan menjadi tujuan dari pelaksanaan komunikasi terapeutik.

5.2.4 Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang

Hubungan antara 2 variabel yaitu kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang dilihat dengan menggunakan uji non parametrik kendall's tau b. Dari

uji kendal's tau b didapatkan hasil bahwa kedua variabel mendapatkan nilai signifikansi 0,698 dengan koefisien korelansi sebesar 0,039. Nilai signifikansi yang didapat tersebut lebih besar dari 0,05 yang menunjukkan bahwa H_a ditolak dan H_0 diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang. Peneliti berpendapat bahwa terdapat faktor lain yang mempengaruhi terhadap hubungan variable kecemasan komunikasi antarbudaya dan komunikasi terapeutik.

Hasil penelitian Rindiantika (2019) menemukan bahwa komunikasi terapeutik berhubungan dengan kompetensi keperawatan lintas budaya. Kompetensi budaya merupakan sebuah sistem kehidupan yang terdiri dari sekumpulan perilaku, sikap, dan kebijakan untuk menciptakan suatu interaksi efektif terhadap aspek kebudayaan (Effendi & Makhfudi, 2009). Aspek kebudayaan yang dimaksud adalah kelompok kelas kehidupan, ras, latar belakang, etnik, agama, perbedaan dan kesamaan sistem nilai yang dianut, serta kemampuan melindungi dan memelihara harga diri (Effendi & Makhfudi, 2009). Kompetensi budaya berpengaruh terhadap komunikasi terapeutik karena pengetahuan merupakan salah satu faktor komunikasi terapeutik. Kristyaningsih (2021) menjelaskan bahwasanya pengetahuan perawat yang baik akan meningkatkan kemampuan komunikasi perawat. Penelitian Abdullah (2020) ditemukan hasil bahwasanya kompetensi budaya pada ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang menunjukkan nilai modus 86 dari nilai minimal 77 dan nilai maksimal 119. Abdullah (2020) menyimpulkan bahwasanya nilai tersebut mendekati nilai minimal dan menunjukkan bahwa kompetensi budaya perawat rawat inap rendah. Berdasarkan hasil penelitian tersebut kompetensi budaya perawat yang rendah dapat menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya perawat.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya adalah etnosentrisme dan *Intercultural Willingness-to-Communicate* (IWTC). Pada penelitian Lin & Rancer (2003) didapatkan bahwa kecemasan komunikasi antarbudaya memiliki hubungan positif yang signifikan dengan

etnosentrisme, IWTC memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan etnosentrisme, dan IWTC memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan kecemasan komunikasi antarbudaya.

Selain itu, Kabupaten Lumajang dengan faktor geografisnya melahirkan budaya Pandhalungan yang berasal dari asimilasi budaya etnis Jawa, Madura, dan Tengger (Savitri, dkk., 2018). Interaksi antar etnis menimbulkan munculnya asimilasi budaya berupa bahasa dan dialek, yaitu daerah transisi dialek Madura timur dengan dialek Madura barat, daerah transisi bahasa Madura ke Jawa, daerah kontak antara bahasa Jawa dengan bahasa Madura, daerah pencilan bahasa Madura serta daerah pencilan dialek Tengger, dan daerah pakai dialek Jawatimuran (Savitri, dkk., 2018). Hal ini menunjukkan adanya kemungkinan bahwa kondisi tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang disebabkan oleh rendahnya etnosentrisme yang ada di kabupaten Lumajang karena adanya akulturasi budaya yang terjadi di Kabupaten Lumajang.

Bahasa yang digunakan saat melakukan asuhan keperawatan juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi. Dalam penelitian Alshammari (2019) menjelaskan bahwa adanya perbedaan dalam bahasa, budaya, dan agama atau kepercayaan dapat secara langsung mempengaruhi komunikasi terhadap pasien. Faktor bahasa juga diidentifikasi sebagai hambatan terhadap terjadinya komunikasi terapeutik yang efektif. Perbedaan bahasa dapat dijumpai di setiap negara bahkan setiap daerah dalam satu negara. Perbedaan bahasa tersebut dapat mempengaruhi komunikasi (Arumsari et al., 2016). Adanya bahasa Indonesia sebagai bahasa nasional dapat mempermudah komunikasi. Meskipun masih terdapat sebagian kecil masyarakat yang tidak dapat menggunakan bahasa Indonesia dan hanya bisa menggunakan bahasa daerah, hal tersebut dapat diatasi dengan menggunakan bantuan perawat atau anggota keluarga lain yang dapat menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa daerah yang digunakan pasien. Namun, tidak dapat dipungkiri bahwasanya adanya bahasa Indonesia sebagai bahasa nasional atau bahasa pemersatu dapat mempengaruhi keefektifan komunikasi. Hal tersebut dapat menjadi faktor yang mengakibatkan mengapa

pelaksanaan komunikasi perawat berada pada tingkat baik meskipun tingkat kecemasan komunikasi berada pada tingkat sedang sehingga mempengaruhi hubungan antara kedua variabel tersebut.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam sumber rujukan nasional maupun internasional yang dapat ditemukan terkait variabel kecemasan komunikasi antarbudaya. Selain itu, keterbatasan data mengenai kompetensi budaya perawat juga mempengaruhi analisis terhadap data penelitian. Pengambilan data komunikasi antarbudaya yang hanya melihat sudut pandang perawat saja dapat meningkatkan kemungkinan subjektivitas hasil karena peneliti merasa diperlukan juga untuk melihat pelaksanaan komunikasi terapeutik dari sudut pandang pasien sebagai komunikan atau komunikator dalam komunikasi terapeutik yang merupakan komunikasi dua arah.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian, maka dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Responden dalam penelitian ini merupakan perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang dengan rata-rata usia 32,82 tahun. Mayoritas jenis kelamin responden adalah perempuan sebanyak 87 orang responden (11,2%). Mayoritas latar belakang budaya responden adalah Jawa dengan jumlah 84 orang responden (85,7%). Mayoritas bahasa yang digunakan responden dalam komunikasi dengan klien adalah bahasa Indonesia sebanyak 61 orang responden (62,2%). Mayoritas pendidikan terakhir responden adalah D3 keperawatan sebanyak 60 orang responden (61,2%). Mayoritas responden berperan sebagai perawat asosiasi atau perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang dengan jumlah sebanyak 78 responden (79,6%). Jumlah perawat terbanyak di ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang berada di ruang asparaga sejumlah 18 orang (18,4%). Rata-rata responden penelitian telah bekerja di RSUD dr. Haryoto selama 7,8 tahun.
- b. Tingkat kecemasan komunikasi antarbudaya pada perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto lumajang sebagian besar berada pada tingkat sedang dengan jumlah 69 orang (70,4%).
- c. Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang sebagian besar berada pada tingkat baik dengan jumlah sebanyak 82 orang (83,7%).
- d. Analisis menggunakan uji *kendall's tau-b* diperoleh nilai $p\ value = 0,698 > 0,05$ menjelaskan bahwa H_0 diterima, dengan arti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian ini, saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Peneliti

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian lebih lanjut terkait komunikasi antarbudaya, serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik. Selain itu pengambilan data dari sudut pandang klien juga perlu dipertimbangkan untuk pelaksanaan penelitian terkait komunikasi.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai sumber ajar dalam proses pembelajaran peserta didik khususnya dalam lingkup Komunikasi dalam Keperawatan.

c. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi bahan rujukan bagi profesi perawat. Komunikasi terapeutik merupakan pilar dalam melakukan asuhan keperawatan yang baik. Oleh karena itu memahami bagaimana melakukan komunikasi terapeutik yang baik serta memahami pula faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik merupakan kewajiban perawat untuk dapat meningkatkan kompetensi diri.

d. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat menjadi bahan rujukan bagi rumah sakit, khususnya RSUD dr. Haryoto Lumajang untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta peningkatan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S. N. A., et al. 2022. A Comparative Analysis of Nurses' Cultural Competence in Inpatient, Outpatient, and Emergency Rooms within Hospital Setting. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*. 9(2): 153-163. DOI: 10.32668/jitek.v9i2.527
- Agung., P., S. Fatonah. 2014. Kecemasan Komunikasi Dalam Relasi antar Etnik. *Jurnal Ilmu Komunikasi*. 13(3) : 231-242
- Akova, S. 2016. Intercultural Communication and Creation of Cultural Awareness: To The Dialogue Between Local and Global Municipality, The Example of Istanbul Maltepe Municipality. *Journal of Academic Social Research*. 4(26): 416-428.
- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theories and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Almutairi, K.M., 2015. Culture and Language Differences As A Barrier to Provision of Quality Care by The Health Workforce in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 36(4): 425–431.
- Alshammari, M. 2019. Barriers to nurse-Patient Communication in Saudi Arabia: An Integrative Review. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0385-4>
- Amoah, V.M.K., et al. 2018. Perceived Barriers to Effective Therapeutic Communication Among Nurses and Patients at Kumasi South Hospital. *Cogent Medicine*. 1-12. <http://doi.org/10.1080/2331205x.2018.1459341>.
- Amoah, V.M.K *et al.* 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nurs*. 18(4). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Anjaswarni, T., 2016. *Komunikasi dalam Keperawatan*, Jakarta Selatan: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Apaibanditkul. K. 2006. *The Anxiety of International Thai Students in An English Speaking Context*. Ann Arbor: ProQuest Information and Learning Company
- April, T., 2018. *Komunikasi Keperawatan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

- Arumsari, D.P., et al. 2016. Hambatan Komunikasi Efektif Perawat dengan Keluarga Pasien dalam Perspektif Perawat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2(2): 104–114.
- Bayik, T.A. 2011. Globalization and Internationalization in Nursing Education. *Deuhyo Ed*. 4(3):144-150.
- Bhargava, m., & A. Panicker. 2021. „Impact of Intercultural Sensitivity and Intercultural Communication Apprehension on Ethnocentrism: A Select Study of HEI of India“, *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*, 27(2),pp.1438-1453. <https://doi.org/10.47750/cibg.2021.27.02.156>.
- Bobanović M. K. 2007 Intercultural Communication Apprehension. *Ekonomski istraživanja*.20(2)
- Bozkaya, M., & Aydın, İ.E. 2010. Intercultural Communication Apprehension: The Case of Anadolu University for the Erasmus Student Exchange Program. *İletişim Fakültesi Dergisi*. 29-42.
- Brunton, M. & Cook, C. 2018. Disintegrating Cultural Difference in Practice and Communication : A Qualitative Study of Host and Migrant Registered Nurse Perspectives from New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*. 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.005>.
- Budiman, Agus Riyanto. (2013). *Kapita selekta kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Bungartz, J., Szecsenyi, J. & Joos, S., 2011. He that knows nothing doubts nothing: Availability of foreign language patient education material for immigrant patients in Germany – a survey. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*.743–750. doi:10.1016/j.zefq.2011.09.028
- Cakir, M. 2010. An Aspect of Intercultural Communication: The Alienation of the Essence by Othering. *Anatolia: Journal of Tourism Studies*. 21(1): 75-84.
- Chan, J.C., & Sy, P.Y. 2016. The Relationships Among Personality, Intercultural Communication, and Cultural Self-Efficacy in Nursing Students. *The Journal of Nursing Research*. 24(4):286-290.
- Crawford, T., et al. 2017. New Perspectives on Understanding Cultural Diversity in Nurse-Patient Communication, *Collegian*, <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.001>.
- Damaiyanti, M. 2010. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama

- Duck-Hee, C., et al. 2012. A Study on Factors Affecting Cultural Competency of General Hospital Nurse. *Journal Korean Academy Nurse Administration*. 18(1): 76-86
- Efendi, F. & Makhfudli, 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Fite, R.O., et al. 2019. Predictors of Therapeutic Communication Between Nurses and Hospitalized Patients. *Heliyon* 5. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02665>
- Fitria, N. & Shaluhiyah, Z. 2014. Analisis Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap RS Pemerintah dan RS Swasta. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 9(2): 183-195
- Giger, J.N. & Davidhizar, R.E. 2007. Transcultural Nursing 5th ed. R. Carter & D. Davis, eds. United States of America: Mosby Elsevier.
- Gudykunst, W. B. (2005). An anxiety/uncertainty management (aum) theory of effective communication: Making the mesh of the net finer. In W. B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing about intercultural communication* (p. 281–322). Sage Publications Ltd.
- Guvenc, G., et al. 2016. Turkish Senior Nursing Students' Communication Experience With English- Speaking Patients. *Journal of Nursing Education*, 55(2): 73–81.
- Handayani, D. & Armina. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Perawat pada Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim*. 6(2): 1–11.
- Hasdianah et al., 2015. Buku Ajar Dasar Dasar Riset Keperawatan, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hayes, A. F., Glynn, C. J., & Shanahan, J. 2005. Willingness to self-censor: A construct and measurement tool for public opinion research. *International Journal of Public Opinion Research*, 17(3), 298-323. <https://doi.org/10.1093/ijpor/edh073>
- Henderson, S., Barker, M., & Mak, A. 2016. Strategies Used by Nurses, Academics and Students to Overcome Intercultural Communication Challenges. *Nurse Education in Practice*. 71-78

- Hendryadi, H. 2017. Validitas Isi: Tahap Awal Pengembangan Kuesioner. *Jurnal Riset Manajemen dan Bisnis FE-UNIAT*. 2(2): 169-178
- Hilton, A., & M. Skrutkowski. 2002. Translating Instruments Into Other Languages: Development and Testing Processes. *Cancer Nursing*. 25(1): 1-7
- Holm, A., & P. Dreyer. 2017. Nurse-Patient Communication Within The Context of Non-Sedated Mechanical Ventilation : A Hermeneutic-Phenomenological Study. *Nursing in Critical Care*. 1-7
- Høye, S. and Severinsson, E. (2010) „Professional and cultural conflicts for intensive care nurses“, *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 858–867. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x>.
- Jing, Y., & J. Zhang. 2019 The Influence of Short-Term Overseas Internship on English Learners' Self-Efficacy and Intercultural Communication Apprehension. *English Language teaching*. 12(9): 6-12
- Kaspar, H., & Reddy, S. 2017. Spaces of connectivity: The formation of medical travel destinations in Delhi National Capital Region (India). *Asia Pacific Viewpoint*, 58(2), 228-241. <https://doi.org/10.1111/apv.12159>
- Kim, Y.Y. 2017. *The International Encyclopedia of Intercultural Communication*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kristyaningsih, P. 2021. „Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap“, *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 10(1), pp. 57-64.
- Kristyaningsih, P., et al. 2018. „Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat di Rumah Sakit X Kota Kediri“, *Adi Husada Nursing Journal*, 4(2), pp. 47-50.
- Lauring, J. 2011. Intercultural Organizational Communication : The Social Organizing of Interaction in International Encounters Intercultural Organizational Communication. *Journal of Business Communication*. 48(3): 231–255.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. 2002. *Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21st century*. McGraw-Hill.
- Lorie, A. et al. 2016. Culture and Nonverbal Expressions of Empathy in Clinical Settings: A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.pec.2016.09.018>
- Malecha, A., Tart, K. & Junious, D.L., 2012. Foreign-Born Nursing Students in The United States: A Literature Review. *Journal of Professional Nursing*. 28(5): 297–305.

- Marhaeni, D. (2009). *Communication Science, Theory and Practice*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Matteliano, M.A., & Street, D.A. 2012. Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 425–435.
- Morotta, V. 2014. The multicultural, intercultural and the transcultural subject. *Global Perspectives on the Politics of Multiculturalism in the 21st Century: A Case Study Analysis*. Routledge
- Muchtar, et al. 2016. Komunikasi Antarbudaya Dalam Perspektif Antropologi. *Jurnal Manajemen Komunikasi*. 1(1). 113-124
- Muhith, A. & Siyoto, S. 2018. *Aplikasi Terapeutik Nursing & Health* 1st ed. Yogyakarta: Andi.
- Nantsupawat, A., et al. (2016) „Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals“, *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (1),pp. 83-90. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12187>
- Neuliep, J. W. (2012). The relationship among intercultural communication apprehension, ethnocentrism, uncertainty reduction, and communication satisfaction during initial intercultural interaction: An extension of anxiety and uncertainty management (AUM) theory. *Journal of Intercultural Communication Research*, 41(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/17475759.2011.623239>
- Neuliep, J. W. 2017. Intercultural Communication Apprehension. *The International Encyclopedia of Intercultural Communication*, 1–5. doi:10.1002/9781118783665.ieic
- Neuliep, J. W., & McCroskey, J. C. (1997). The development of intercultural and interethnic communication apprehension scales. *Communication Research Reports*, 14(2), 145-156. <https://doi.org/10.1080/08824099709388656>
- Neuliep, J. W., & Ryan, D. J. (1998). The influence of intercultural communication apprehension and socio-communicative orientation on uncertainty reduction during initial cross-cultural interaction. *Communication Quarterly*, 46(1), 88-99. <https://doi.org/10.1080/01463379809370086>
- Norouzinia, R., et al. 2016. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*. 8(6) : 27-33
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Novietasari, E., et al. 2018. Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 21(1): 27-33
- Nursalam, 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan 4th ed., Jakarta: SA.
- Pieter, H.Z., 2017. Dasar-Dasar Komunikasi bagi Perawat, Jakarta: Kencana.
- Potter & Perry. 2005. Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik 4th ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Prabowo, A., & S. Fatonah. 2014. Kecemasan Komunikasi Dalam Relasi Antar Etnik. *Jurnal Ilmu Komunikasi UPNYK*. 13(3): 231-242
- Presiden Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang Tentang Keperawatan. Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014. Jakarta: Pemerintah Pusat Republik Indonesia
- Prosen, M., 2015. Introducing transcultural nursing education : Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 174: 149–155.
- Putri, D. M., 2017. Keperawatan Transkultural Pengetahuan dan Praktik Berdasarkan Budaya. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Quero, L. N. 2014. Comparative Analysis of Intercultural Communication Apprehension Displayed by International Students in the US Interacting with American Students and Other Internationals. *Thesis*. Rochester Institute of Technology
- Rahmani, D. 2017. Apprehension and Anxiety in Communication. Oxford Research Encyclopedia of Communication. Retrieved 19 Jan. 2023, from <https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-414>.
- Ranjabar, Jacobus. 2006. Sistem Sosial Budaya Indonesia : Suatu Pengantar. Bogor: PT. Ghalia Indonesia
- Rejeki, S., 2012. Herbal dan Kesehatan Reproduksi Perempuan (Suatu Pendekatan Transkultural dalam Praktik Keperawatan Maternitas). 7–16.
- Reyhan. 2018. Pengaruh trait kepribadian, self-esteem, dan jenis kelamin terhadap kecemasan berkomunikasi mahasiswa fakultas psikologi uin syarif hidayatullah Jakarta. *Tazkiya Journal of Psychology*. 6(2),pp. 257-268.

- Ridwan, A. 2016. Komunikasi Antarbudaya: Mengubah Persepsi dan Sikap dalam Meningkatkan Kreativitas Manusia. Bandung: CV Pustaka Setia
- Ridwan, D., M. 2020. Pengelolaan Kecemasan Dalam Komunikasi Antarbudaya pada Mahasiswa Papua di Unsyiah. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FISIP Unsyiah*. 5(4)
- Rindiantika, E. 2019. Hubungan Kompetensi Keperawatan Lintas Budaya Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat di Rumah Sakit dr. Soebandi Kabupaten Jember. *Skripsi*.Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Riyadi, S. (2016). Hubungan Motivasi Kerja Dan Lama Kerja Perawat Dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Klien Di Ruang Sakit PKU Muhammadiyah Kota Gede Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Karya Husada Yogyakarta*, 4(1).
<http://jurnal.poltekkeskhjogja.ac.id/index.php/jkkh/article/view/392>
- Salam, M. 2014. Hubungan Tingkat Pendidikan Perawat Dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Di RSUD Prof. dr. Aloi Saboe Kota Gorontalo. *Skripsi*. Gorontalo: Program Studi S1 Keperawatan Universitas Negeri Gorontalo. <https://repository.ung.ac.id/skripsi/show/841410171/hubungan-tingkat-pendidikan-perawat-dengan-penerapan-komunikasi-terapeutik-di-rsud-prof-dr-aloei-saboe-kota-gorontalo-tahun-2014.html>
- Savitri, A. D., et al. 2018. Situasi Kebahasaan di Kabupaten Lumajang: Daerah Pecilan, Transisi, serta Kontak Bahasa dan Dialek Sebagai Acuan Dalam Penentuan Muatan Lokal Bahasa Daerah. Jurusan Bahasa Indonesia. Universitas Negeri Surabaya
- Satrio, P. (2019) .Transmisi Budaya dan Identitas Sosial Pada Masyarakat Pendalungan., Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya.
- Setiawan, T. M.S. (2005). Effect of Therapeutic Communication on Anxiety Levels of Preoperative Patients at Haji Adam Malik Hospital Medan. *Journal of Nursing Rufaidah North Sumatra: Volume*
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*., <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Sherko, E., et al. 2013. Therapeutic Communication. *J AHR*. 4(7): 457-466
- Siregar, I. et al. 2021. Therapeutic Communication Strategies in Nursing Process of Angry, Anxious, and Fearful Schizophrenic Patients. *British Journal of Nursing Studies*. DOI: 10.32996/bjns

- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta, CV.
- Tavallali, A.G., et al. 2016. Cross-Cultural Care Encounters in Pediatric Care: Minority Ethnic Parents' Experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 1-9.
- Trisasanti, et al. 2020. Intercultural Communication Apprehension as a Mediator between Generational Differences and Conflict. *The Journal of Behavioral Science*. 15(3): 66-84.
- Tucker, C.M. et al. 2015. Analytic Patient-Centered, Culturally Sensitive Health Care. *American Journal of Lifestyle Medicine*: 63–77. DOI: 10.1177/1559827613498065
- Umroh, F.Q.A. 2018. Hubungan Kompetensi Perawat Tentang Transcultural Nursing Dengan Pengalaman Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik di PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Valizadeh, L., et al. 2017. A Concept Analysis of Holistic Care Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*. 23(1): 71-80
- Valizadeh, L. et al., 2017. Factors Influencing Nurse-To-Parent Communication in Culturally Sensitive Pediatric Care : A Qualitative Study. *Contemporary Nurse*: 1–15. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>
- Yesufu, A. 2013. Challenges of the Visible Minority Families: Cultural Sensitivity to the Rescue. *Canadian Journal of Family and Youth*. 5(1): 107–149.
- Yulianti, T. S., & Purnamawati, F. 2019. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan komunikasi terapeutik perawat di rsud dr. soeratno gemolong. *Adi Husada Nursing Journal*. 5(1): 52–59.
- Yuswadi, H. 2016. *Gambaran Masyarakat Pendalungan di Kabupaten Jember. Komunikasi Pribadi*
- Zamroni, M. 2021. Tradisi Pandhalungan, Nilai Nusantara, dan Pertalian Kebudayaan di Masyarakat Jember. *Journal Islam & Contemporary Issues*. 1(1): 65-73.
- Zivanovic, D. & Z. Ciric. 2018. Therapeutic Communication in Health Care. *SciFed Nursing & Healthcare Journal*. 2(1):1-7
- Zoebazary, M. I. (2017) *Orang Pendalungan Penganyam Kebudayaan di Tapal Kuda. Jember: Paguyupan Pendhalungan jember.*



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed***Kode Responden:****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM 182310101191

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perum. Taman Bambu B-11 Lingk. Sumber Ketang, Jember

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan Judul “Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang”. Penelitian bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik pada perawat sehingga dapat digunakan sebagai manajemen bagi perawat untuk dapat melaksanakan praktik keperawatan dengan lebih baik. Prosedur penelitian ini berupa pengisian kuesioner yaitu kuesioner Personal Report of Intercultural Communication Apprehension dan kuesioner Komunikasi Terapeutik waktu 30-35 menit.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang bersifat merugikan bagi anda sebagai partisipan penelitian. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan terjaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi partisipan penelitian, maka tidak ada ancaman bagi anda dan keluarga. Jika anda bersedia menjadi partisipan penelitian, maka saya sebagai peneliti memohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang terlampir serta memberikan tanggapan terhadap pernyataan yang diberikan. Atas perhatian dan kesediaan anda, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM 182310101191

Lampiran B. Lembar Consent

Kode Responden :

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM : 182310101191

Judul : "Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang"

Penelitian bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan antara kecemasan komunikasi antarbudaya dengan komunikasi terapeutik pada perawat rawat inap di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Prosedur dalam penelitian ini tidak menimbulkan dampak resiko apapun pada subjek penelitian. Kerahasiaan informasi yang diberikan partisipan akan dijamin oleh peneliti. Saya telah menerima penjelasan terkait hal tersebut di atas dan saya diberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan tepat. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek penelitian yang selama kurang lebih satu bulan.

Jember,2022

Saksi

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

Kode Responden :

Petunjuk Pengisian :

- ii. Kuesioner ini terdiri dari 3 bagian, yaitu karakteristik demografi responden, kuesioner PRICA, dan kuesioner komunikasi terapeutik
- iii. Mohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya saat respon menghadapi situasi komunikasi antarbudaya.

Kode Responden :

BAGIAN 1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Berilah tanda (l) pada kotak yang sudah disediakan, disesuaikan dengan jawaban yang ada:

1. Umur : tahun

2. Jenis Kelamin :

- Laki-laki
- Perempuan

3. Latar Belakang Budaya/Suku :

- Jawa
- Madura
- Tengger
- Lainnya...

4. Bahasa yang digunakan responden saat memberikan pelayanan :

- Indonesia
- Jawa
- Madura
- Lainnya...

5. Pendidikan Terakhir :

- D3 Keperawatan
- S1 Keperawatan
- Ners

- S2 Keperawatan
- 6. Peran Perawat
 - Perawat Primer / Ketua Tim
 - Perawat Asosiasi / Perawat Pelaksana
- 7. Ruang Rawat Inap:
 - Bougenville
 - Melati
 - Kenanga
 - Asoka
 - Aster
 - Asparaga
- 8. Lama Bekerja : tahun



BAGIAN 2. KUESIONER PERSONAL REPORT OF INTERCULTURAL COMMUNICATION APPREHENSION (PRICA)

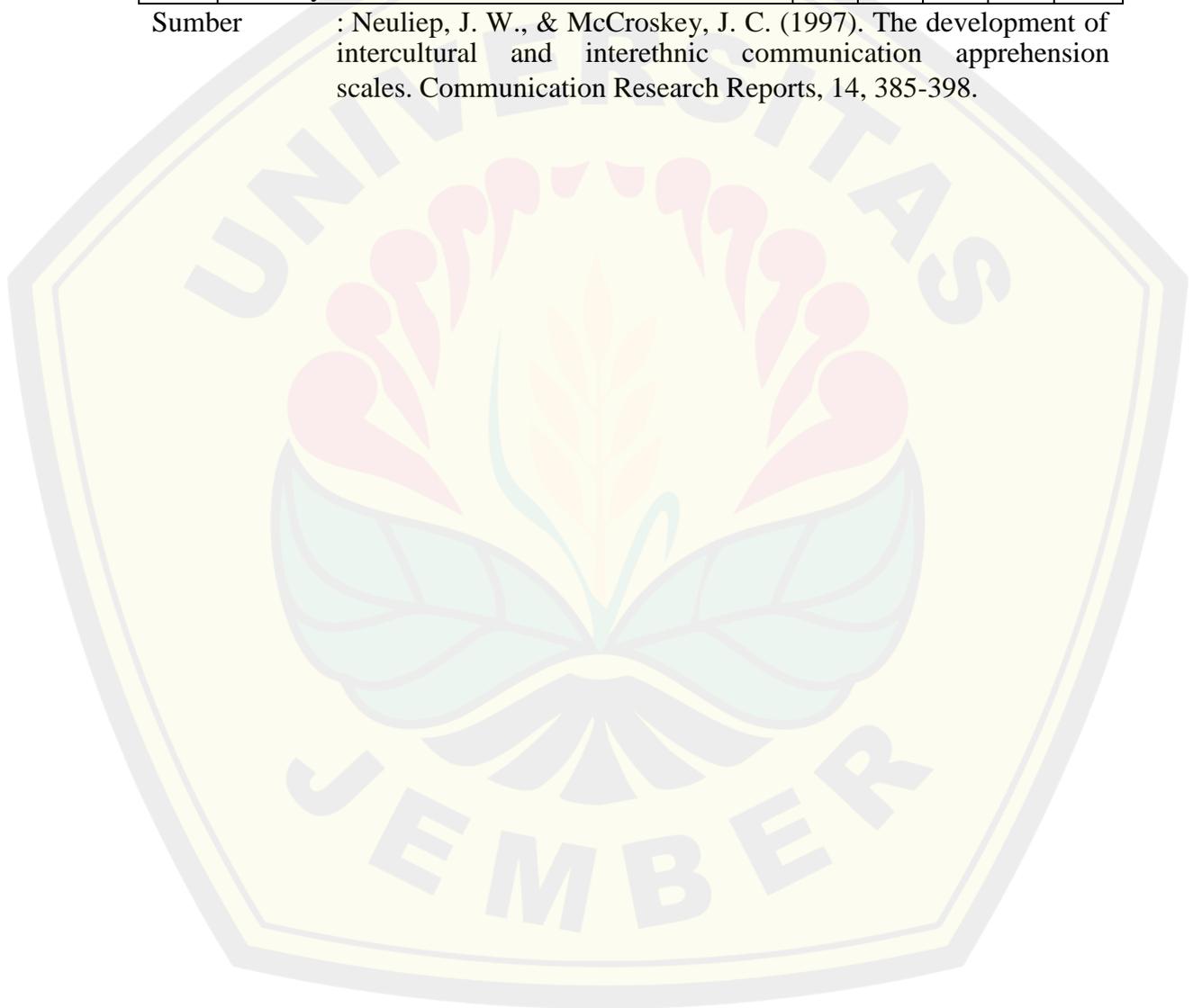
Personal Report of Intercultural Communication Apprehension

Petunjuk: 14 pernyataan di bawah ini merupakan komentar yang sering dibuat oleh orang-orang terkait komunikasi dengan orang-orang dari budaya lain. Mohon tunjukkan seberapa setuju Anda dengan pernyataan-pernyataan ini dengan memberi *checklist* (☐) pada setiap pernyataan tersebut dengan menggunakan pilihan sebagai berikut: Sangat Tidak Setuju (1); Tidak setuju (2); Netral (3); Setuju (4); Sangat Setuju (5)

| No. | Penyataan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Secara umum, saya merasa nyaman berinteraksi dengan sekelompok orang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 2. | Saya merasa tegang dan gugup saat berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 3. | Saya suka terlibat dalam diskusi kelompok dengan orang lain dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 4. | Terlibat dalam diskusi kelompok dengan orang-orang dari budaya yang berbeda membuat saya gugup. | | | | | |
| 5. | Saya merasa tenang dan nyaman dalam berinteraksi dengan sekelompok orang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 6. | Saat terlibat dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda, saya merasa gugup. | | | | | |
| 7. | Saya tidak takut berbicara dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 8. | Biasanya saya sangat tegang dan gugup dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 9. | Biasanya saya sangat tenang dan nyaman dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 10. | Saat bercakap-cakap dengan seseorang dari budaya yang berbeda, saya merasa sangat | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|
| | nyaman. | | | | | |
| 11. | Saya takut untuk berbicara dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 12. | Saya menghadapi kemungkinan berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda dengan percaya diri. | | | | | |
| 13. | Pikiran saya menjadi bingung dan campur aduk ketika berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda. | | | | | |
| 14. | Berkomunikasi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda membuat saya merasa tidak nyaman. | | | | | |

Sumber : Neuliep, J. W., & McCroskey, J. C. (1997). The development of intercultural and interethnic communication apprehension scales. *Communication Research Reports*, 14, 385-398.



BAGIAN 3. KUESIONER KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda (l) pada kolom yang sudah disediakan sesuai dengan komunikasi yang dilakukan perawat :

S : Selalu (Dilakukan di setiap interaksi)

CS : Cukup Sering (Dilakukan dalam >50% interaksi)

J : Jarang (Dilakukan dalam ≤50% interaksi)

TP : Tidak Pernah (Tidak pernah dilakukan dalam setiap interaksi)

| No. | Pertanyaan | S | CS | J | TP |
|-----|--|---|----|---|----|
| 1. | Apakah anda ketika bertemu dengan klien mengucapkan salam dan tersenyum ? | | | | |
| 2. | Apakah anda ketika berkunjung pada klien memperkenalkan diri ? | | | | |
| 3. | Apakah anda menjelaskan lama kunjungan pada klien ? | | | | |
| 4. | Apakah anda mendengarkan klien dengan baik dan perhatian ? | | | | |
| 5. | Apakah anda menerima semua dari perilaku dan tindakan klien ? | | | | |
| 6. | Apakah anda selalu menanyakan pertanyaan yang berkaitan dalam mengetahui informasi dari klien ? | | | | |
| 7. | Apakah anda selalu mengulang ucapan klien dengan kata-kata sendiri ? | | | | |
| 8. | Apakah anda memberikan umpan balik serta mengharapkan ada komunikasi berlanjut dan pesannya dapat dimengerti klien ? | | | | |
| 9. | Apakah anda melakukan klarifikasi dengan melakukan penyamaan pemahaman ? | | | | |
| 10. | Apakah anda menyampaikan hasil observasi kepada klien dengan jelas ? | | | | |
| 11. | Apakah anda menawarkan informasi kesehatan kepada klien demi menambah kepercayaan terhadap perawat ? | | | | |
| 12. | Apakah anda memberikan waktu dengan diam saat klien berfikir tentang kesehatan ? | | | | |
| 13. | Apakah anda memberi penghargaan dengan memberikan salam (do"aa) kepada klien ? | | | | |
| 14. | Apakah anda menawarkan diri dengan cara tenang dan nyaman dalam menjalin komunikasi yang tulus dan ikhlas ? | | | | |
| 15. | Apakah anda memberikan waktu/kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan tentang keinginan klien ? | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 16. | Apakah anda mempersilahkan klien untuk meneruskan pembicaraan dengan memfasilitasi pembicaraan ? | | | | |
| 17. | Apakah anda menganjurkan klien untuk menjelaskan persepsinya ? | | | | |
| 18. | Apakah anda menerima perasaan maupun ide yang dikemukakan oleh klien ? | | | | |

Sumber : Umroh, F.Q.A. 2018. Hubungan Kompetensi Perawat Tentang Transcultural Nursing Dengan Pengalaman Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik di PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.



Lampiran D. Form Penilaian Validitas (CVI) Kuesioner**PERMOHONAN MENJADI VALIDATOR**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM 182310101191

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perum. Taman Bambu B-11 Lingk. Sumber Ketang, Jember

Bermaksud akan melakukan uji validitas kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA) untuk mendukung penelitian dengan Judul "Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang". Uji validitas ini dilakukan untuk menilai validitas kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA).

Uji validitas ini tidak akan menimbulkan akibat yang bersifat merugikan bagi anda sebagai validator kuesioner. Jika anda bersedia menjadi validator kuesioner, maka saya sebagai peneliti memohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang terlampir serta memberikan tanggapan terhadap pernyataan yang diberikan. Atas perhatian dan kesediaan anda, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM 182310101191

PERSETUJUAN MENJADI VALIDATOR

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan : Dosen

Asal Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Menyatakan bersedia menjadi validator kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA) ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam uji validitas dari:

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im

NIM 182310101191

Kuesioner : *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA)

Uji validitas bertujuan untuk mengetahui validitas dari kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA). Prosedur dalam uji validitas ini tidak menimbulkan dampak resiko apapun pada validator. Dengan ini saya menyatakan secara bersedia untuk menjadi validator kuesioner *Personal Report of Intercultural Communication Apprehension* (PRICA).

Jember, November 2022

Validator,

(.....)

Kecemasan Komunikasi Antarbudaya

Kecemasan komunikasi antarbudaya didefinisikan sebagai ketakutan atau kecemasan yang timbul dari interaksi aktual atau yang diantisipasi dengan orang-orang dari asal budaya atau etnis yang berbeda (Trisasanti, H., et al., 2021). Kecemasan komunikasi antarbudaya merupakan bentuk reaksi negatif dari individu berupa kecemasan yang dialami seseorang ketika berkomunikasi, baik komunikasi antar pribadi, komunikasi di depan umum, maupun komunikasi massa (Prabowo & Fatonah, 2014).

Personal Report of Intercultural Communication Apprehension Scale (PRICA) dikembangkan oleh McCroskey (1997) untuk melihat apakah terdapat kecemasan komunikasi dalam upaya untuk melakukan komunikasi yang efektif dan berkelanjutan. Pernyataan kecemasan komunikasi antarbudaya dalam situasi komunikasi interpersonal dapat ditemukan dalam pernyataan nomor 6,7,8,9,10,11 dan dalam situasi komunikasi kelompok dapat ditemukan pada nomor 1,2,3,4,5,12,13,14. Kuesioner terdiri dari 14 pertanyaan yang diukur menggunakan skala likert ber poin 5 dengan poin 1 “sangat tidak setuju” hingga poin 5 “sangat setuju”. Tata cara penilaian poin adalah sebagai berikut:

5. Melakukan penjumlahan poin pada pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 9, 10 dan 12
6. Melakukan penjumlahan poin pada pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 11, 13, dan 14
7. Total skor dihitung dengan cara: $42 - \text{jumlah skor tahap 1} + \text{jumlah skor tahap 2}$

Total skor dapat bervariasi dari 14 hingga 70. Kecemasan komunikasi antarbudaya yang rendah dapat dilihat pada skor dibawah 32. Skor diatas 52 diindikasikan sebagai kecemasan komunikasi antarbudaya yang tinggi. Kecemasan komunikasi antarbudaya yang sedang dilihat pada skor 32 hingga 52.

Form Penilaian *Content Validity* Kuesioner

Personal Report of Intercultural Communication Apprehension

Petunjuk: 14 pernyataan di bawah ini merupakan komentar yang sering dibuat oleh orang-orang terkait komunikasi dengan orang-orang dari budaya lain. Mohon berikan penilaian relevansi konten masing masing item dibawah ini dan penilaian keseluruhan kuesioner pada poin terakhir pada table dibawah ini dengan memberi tanda centang (☐) pada kolom penilaian menggunakan pilihan sebagai berikut: Tidak Relevan (1); Agak Relevan (2), Cukup Relevan (3), dan Sangat Relevan (4).

| No. | Penyataan | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Secara umum, saya merasa nyaman berinteraksi dengan sekelompok orang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 2. | Saya merasa tegang dan gugup saat berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 3. | Saya suka terlibat dalam diskusi kelompok dengan orang lain dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 4. | Terlibat dalam diskusi kelompok dengan orang-orang dari budaya yang berbeda membuat saya gugup. | | | | |
| 5. | Saya merasa tenang dan santai dalam berinteraksi dengan sekelompok orang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 6. | Saat terlibat dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda, saya merasa gugup. | | | | |
| 7. | Saya tidak takut berbicara dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 8. | Biasanya saya sangat tegang dan gugup dalam percakapan dengan orang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 9. | Biasanya saya sangat tenang dan santai dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 10. | Saat bercakap-cakap dengan seseorang dari budaya yang berbeda, saya merasa sangat santai. | | | | |
| 11. | Saya takut untuk berbicara dalam percakapan dengan seseorang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 12. | Saya menghadapi prospek berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda dengan | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| | percaya diri. | | | | |
| 13. | Pikiran saya menjadi bingung dan campur aduk ketika berinteraksi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda. | | | | |
| 14. | Berkomunikasi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda membuat saya merasa tidak nyaman. | | | | |
| 15. | Bagaimana menurut anda relevansi kuesioner ini secara keseluruhan? | | | | |

Sumber : Neuliep, J. W., & McCroskey, J. C. (1997). The development of intercultural and interethnic communication apprehension scales. *Communication Research Reports*, 14, 385-398.

Jember, November 2022

Validator,

(Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.)

Lampiran F. Surat Keterangan Translasi Kuesioner

MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, RESEARCH, AND TECHNOLOGY
UNIVERSITY OF JEMBER
LANGUAGE CENTER

Jl. Kalimantan 37 Jember 68121 - ☎ (0331) 336870, Fax. (0331) 336870
 website: <http://uptbahasa.unej.ac.id/> - email : uptbahasa@unej.ac.id.

SURAT KETERANGAN PENERJEMAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa

Nama : Putra Pramadita Fachrus Za'im
 Fakultas : Ilmu keperawatan Universitas Jember

telah menyerahkan dokumen berupa kuesioner yang berjudul "*Personal Report of Intercultural Communication Apprehension (PRICA)*" untuk diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan untuk diterjemahkan kembali ke dalam Bahasa Inggris (*back translation*) di UPT Bahasa Universitas Jember dan telah diperiksa oleh instruktur ahli bahasa di UPT Bahasa.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Jember, 26 Oktober 2022
 Kepala
 Koordinator Penerjemahan
 Mohammad Fadil

Lampiran G. Sertifikat Etik Penelitian



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER, FAKULTAS KEPERAWATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITY OF JEMBER, FACULTY OF NURSING**

**KETERANGAN LAIK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
No. 164/UN25.1.14/KEPK/2022**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Putra Pramadita Fachruz Za'im
Principal Investigator

Anggota Peneliti : Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep
Member of Research Ns. Kholid Rosyidi Muhammad Nur, S.Kep., MNS

Tempat Penelitian : Ruang rawat inap RSUD dr. Haryoto Lumajang
Place of Research

Dengan judul : Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan
Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr.
Haryoto Lumajang

Title : The Relationship between Intercultural Communication
Apprehension and Therapeutic Communication in
Inpatient Nurses at RSUD dr. Haryoto Lumajang

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 28 Oktober 2022 sampai dengan tanggal 28 Desember 2022.

This declaration of ethics applies during the period October 28, 2022 until December 28, 2022.

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Chairman of Health Research Ethics Committee

Ns. Dini Karmawati, M.Psi., M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Lampiran H. Surat Izin Penelitian

KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 7983/UN25.1.14/LT/2022 Jember, 02 November 2022
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
 Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'Im
 N I M : 182310101191
 keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
 judul penelitian : Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang
 lokasi : RSUD dr. Haryoto Lumajang
 waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.



Dekan
 Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
 NIP. 19780323 200501 2 002



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Laman : lp2m.unej.ac.id - Email : lp2m@unej.ac.id

Nomor : 7141 /UN25.3.1/LT/2022
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa

9 November 2022

Yth. **Direktur**
RSUD dr. Haryoto Lumajang
Di
Lumajang

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 7983/UN25.1.14/LT/2022 tanggal 2 November 2022 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Putra Pramadita Fachruz Za'im
NIM : 182310101091
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Perum Taman Bambu B-11 Sumber Ketang-Jember
Judul Penelitian : "Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD dr. Haryoto Lumajang"
Lokasi Penelitian: RSUD dr. Haryoto Lumajang
Pelaksanaan : Bulan November-Desember 2022

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



a.n. Ketua
Sekretaris II,

D. Fendi Setyawan, S.H., M.H.
NIP. 197202171998021001

Tembusan Yth
1. Dekan FKBP Universitas Jember;
2. Mahasiswa ybs;
3. Arsip.





PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARYOTO
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP. 0334-881666 FAX. (0334) 887383
 E-mail : rsdharyoto@yahoo.co.id
 LUMAJANG - 67311

Lumajang, 29 November 2022

Nomor : 445/ 1651 /427.52.01/2022
 Sifat : Biasa
 Lampiran : 2 (dua) lembar
 Hal : Penelitian

Kepada
 Yth. *Ka. Bidang Keperawatan*
 RSUD dr. Haryoto
 Di -
 L U M A J A N G

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember tanggal 9 November 2022 Nomor : 7141/UN25.3.1/LT/2022 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember untuk melaksanakan penelitian di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu :

Nama : PUTRA PRAMADITA FACHRUZ ZA'IM
 NIM : 182310101191
 Judul : Hubungan Kecemasan Komunikasi Antar Budaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD Dr. HARYOTO
 Wadir Umum dan Keuangan
 u.b.
 Ka. Bagian Renbang



NORA INDRAMATI, S.Kep.,Ns
 NIP. 19750314 199803 2 007

Lampiran I. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
L U M A J A N G - 6 7 3 1 1

SURAT KETERANGAN

Nomor : 445 / 5296 / 427.52.01 / 2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. HALIMI MAKSUM, MMRS
 N I P : 19700716 200212 1 004
 Pangkat / Gol. Ruang : Pembina Tk. I (IV/b)
 Jabatan : Direktur RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

N a m a : PUTRA PRAMADITA FACHRUZ ZA'IM
 N I M : 182310101191
 Program Studi : S1 Keperawatan
 Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Telah melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Kecemasan Komunikasi Antar Budaya dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Rawat Inap RSUD Dr. Haryoto Lumajang" pada tanggal 29 November s/d 13 Desember 2022.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lumajang, 26 Desember 2022

DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO

dr. HALIMI MAKSUM, MMRS
 NIP. 19700716 200212 1 004

Lampiran J. Data Uji Statistika

Umur

| | | |
|----------------|---------|-------|
| N | Valid | 98 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 32.82 |
| Median | | 30.50 |
| Std. Deviation | | 6.120 |
| Minimum | | 23 |
| Maximum | | 52 |

Lama Bekerja

| | | |
|----------------|---------|---------|
| N | Valid | 98 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 7.8052 |
| Median | | 6.5000 |
| Std. Deviation | | 6.23719 |
| Minimum | | .33 |
| Maximum | | 29.00 |

Jenis Kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Laki-laki | 11 | 11.2 | 11.2 | 11.2 |
| | Perempuan | 87 | 88.8 | 88.8 | 100.0 |
| | Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Budaya

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Jawa | 84 | 85.7 | 85.7 | 85.7 |
| | Madura | 10 | 10.2 | 10.2 | 95.9 |
| | Lainnya | 4 | 4.1 | 4.1 | 100.0 |
| | Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Bahasa

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Indonesia | 61 | 62.2 | 62.2 | 62.2 |
| | Jawa | 8 | 8.2 | 8.2 | 70.4 |
| | Lainnya | 29 | 29.6 | 29.6 | 100.0 |
| | Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan Terakhir

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid D3 Keperawatan | 60 | 61.2 | 61.2 | 61.2 |
| S1 Keperawatan | 9 | 9.2 | 9.2 | 70.4 |
| Ners | 29 | 29.6 | 29.6 | 100.0 |
| Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Peran Perawat

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Primer/Ketua TIm | 20 | 20.4 | 20.4 | 20.4 |
| Asosiasi/Pelaksana | 78 | 79.6 | 79.6 | 100.0 |
| Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Ruang Rawat Inap

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Bougenville | 15 | 15.3 | 15.3 | 15.3 |
| Melati | 16 | 16.3 | 16.3 | 31.6 |
| Kenanga | 16 | 16.3 | 16.3 | 48.0 |
| Asoka | 16 | 16.3 | 16.3 | 64.3 |
| Aster | 17 | 17.3 | 17.3 | 81.6 |
| Asparaga | 18 | 18.4 | 18.4 | 100.0 |
| Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

PRICA

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Tinggi | 1 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| Sedang | 69 | 70.4 | 70.4 | 71.4 |
| Rendah | 28 | 28.6 | 28.6 | 100.0 |
| Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Terapeutik

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Baik | 82 | 83.7 | 83.7 | 83.7 |
| | Cukup | 15 | 15.3 | 15.3 | 99.0 |
| | Kurang | 1 | 1.0 | 1.0 | 100.0 |
| | Total | 98 | 100.0 | 100.0 | |

Correlations

| | | | PRICA | Terapeutik |
|-----------------|------------|-------------------------|-------|------------|
| Kendall's tau_b | PRICA | Correlation Coefficient | 1.000 | .039 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .698 |
| | | N | 98 | 98 |
| | Terapeutik | Correlation Coefficient | .039 | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .698 | . |
| | | N | 98 | 98 |

PRICA * Terapeutik Crosstabulation

| Count | | Terapeutik | | | Total |
|-------|--------|------------|-------|--------|-------|
| | | Baik | Cukup | Kurang | |
| PRICA | Tinggi | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Sedang | 58 | 11 | 0 | 69 |
| | Rendah | 23 | 4 | 1 | 28 |
| Total | | 82 | 15 | 1 | 98 |

Lampiran K. Hasil Cek Plagiasi Turnitin

putra

ORIGINALITY REPORT

25%
SIMILARITY INDEX

23%
INTERNET SOURCES

8%
PUBLICATIONS

11%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|---|----|
| 1 | repository.unej.ac.id Internet Source | 4% |
| 2 | Submitted to Universitas Jember Student Paper | 3% |
| 3 | jurnal.upnyk.ac.id Internet Source | 1% |
| 4 | www.scribd.com Internet Source | 1% |
| 5 | 123dok.com Internet Source | 1% |
| 6 | doku.pub Internet Source | 1% |
| 7 | id.scribd.com Internet Source | 1% |
| 8 | es.scribd.com Internet Source | 1% |
| 9 | repository.stikes-bhm.ac.id Internet Source | 1% |

Lampiran L. Dokumentasi Penelitian

