

COMMUNICATION APPREHENSION PADA DOKTER MUDA

(Studi Deskriptif tentang Tingkat *Communication Apprehension*
pada Dokter Muda Universitas Airlangga
di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya)

SKRIPSI

Fisika 2005
Her
C

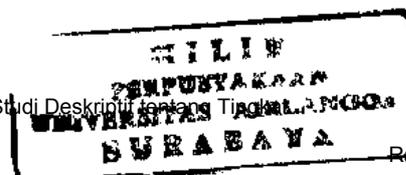


Oleh :

RANI HERAINI
079815775

**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**

Communication Apprehension Pada Dokter Muda (Studi Deskriptif tentang Tingkat *Communication Apprehension*)



COMMUNICATION APPREHENSION PADA DOKTER MUDA

(Studi Deskriptif tentang Tingkat *Communication Apprehension*
pada Dokter Muda Universitas Airlangga
di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya)

SKRIPSI

**Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas Dan Memenuhi Salah Satu
Syarat Dalam Meraih Gelar Sarjana Ilmu Sosial**

Oleh :

RANI HERAINI
079815775

**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**

LEMBAR MOTTO

*Kabira wal hamdulillahi katsira wa subhanallahi bukrataw wa
atsila.*

*Inni wa jahtu wajhiya lilladzi fatharas samaawati wal ardl
hanifam muslimaw wamaa ana minal musrikin.*

*Innash shalati wa nusukii wa mahyaaya wa mamaati lillahi
rabibil 'alamiin.*

*Laasyariika lahu wa bidzaalika umirtu wa anaa minal
muslimiin.*

Maha besar Allah dan segala puji bagi Allah yang sebanyak-banyaknya dan maha suci Allah di kala pagi dan sore.

Aku hadapkan mukaku dihadapan Allah yang telah menjadikan langit dan bumi dengan ikhlas.

Dan bukanlah aku dari golongan orang-orang musyrik. Sesungguhnya shalatku dan dermaku dan hidupku dan matiku adalah bagi Allah pemelihara sekalian alam.

Tidak ada sekutu bagi-Nya dan begitulah aku diperintah dan adalah aku dari golongan muslimin.

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui untuk diujikan

Surabaya, 23 Desember 2005

Mengetahui,
Dosen Pembimbing



Dra. Sri Moerdijati, MS.
NIP 131 125 226

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan panitia penguji
pada tanggal 18 Juli 2005

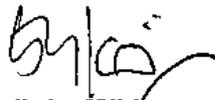
Panitia penguji terdiri dari :

Ketua,



Ratih Puspa, S.Sos., MA
NIP 132 230 967

Anggota,



Drs. Suko Widodo, M.Si
NIP 131 999 638

Anggota,



Dra. Sri Moerdijati, MS.
NIP. 131 125 226

LEMBAR PERSEMBAHAN

Skripsi ini Aku persembahkan untuk Ayah dan Mama tercinta yang telah berhasil membimbing kedua Anaknya meraih gelar Sarjana.

KATA PENGANTAR

First of all.....

Tak terhingga rasa syukur Aku panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya Aku dapat melewati perjuangan yang panjang untuk menyelesaikan skripsi ini.

Special untuk Mama, Hj. Meirita Rani Juli...

Perjuangan mama dalam membesarkan kedua anaknya merupakan sumber inspirasiku untuk meraih masa depan yang lebih baik bagi Aku dan keluarga impianku nantinya. You are everything to Me Mom. My mother, My Best Friend, My Angel, mine for keep. I LOVE YOU SO MUCH, MOM...!

Special untuk Ayah, dr. Marsianto, Sp.O.G (K)...

Though You may not be with me all the time but I can feel your love all the way here, Daddy. Terima kasih banyak ya Ayah atas ide, saran ,dan masukannya untuk skripsi Rani ini. You will always in my heart forever. I LOVE YOU SO MUCH, DAD...!

Buat Kakakku tersayang , Uda Erdi...

Meskipun Kita sering nggak akur but now I realized how much I miss You and appreciate You as my Big brother who will always there whenever I need you. Semoga kariernya makin sukses ya di Jakarta.

Buat Kakak iparku yang manis, Mbak Yuni...

Sering-sering main ke Surabaya dong Mbak, seneng loh nambah Kakak satu lagi. Apalagi Kakakku yang ini punya “ keistimewaan “ tersendiri hehehe...

Banyak terima kasih untuk Dosen pembimbingku yang super sabar setiap saat, **Bu Moer...**

Yang selalu menyediakan waktu untuk bimbingan, dengerin curhatku menjelang maju sidang, dan berkat beliau Aku akhirnya bisa menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya (semester ini maksudnya hehehe..), pokoknya Bu Moer top banget deh!!!..

Terima kasih juga untuk Dosen-dosen pengujinya, Bu Ratih dan Pak Suko..

Ternyata maju sidang tidak semenakutkan seperti yang Aku bayangkan selama ini. Thanks to tim Dosen pengujiku yang super cool...!!

Terima kasih banget untuk semua Dosen Komunikasi FISIP Unair..

Yang selalu menyemangati Aku untuk segera lulus. Finally...

Terima kasih tak terhingga untuk H. Slamet. R.Yuwono,dr,DTM & H, Mars selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya, dr. Marsianto,Sp.O.G (K) selaku Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya, dr. Sunjoto, Sp.O.G (K) selaku Koordinator Pendidikan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya, Prof.Dr.H.M.S Wiyadi, dr. THT (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas bantuannya dari awal hingga akhir penelitian untuk skripsi ini. Makasih banyak ya Oom...

Buat Oom Ndi sekeluarga...

Big thanks ya Oom buat liburannya di Malaysia (hehehe..) dan untuk semua perhatiannya selama ini. You are my Second Dad to me.

Buat Oom Tutil sekeluarga...

My funky Uncle!!..Ditunggu ya Oom tiketnya ke Bontang hehehe..

My lovely Galz...

Oyik, Sisca, Ellie, Esther, Nina, Eno. Jeng..jeng... Akhirnya Aku lulus loh!! Ke Colors nonton ACDT yuk..?!

All my cousins...

Iya..iya tau....Makan-makan khan? Yuuukk...

Big-big thanks to my EF Friends...

Semua staff, murid, Orang tua murid, Mas-mas OB dan CS plus Mbak kantin. Akhirnya Aku lulus juga loh..

Buat Oom Chairul sekeluarga...

Makasih banyak ya Oom, Tante, Indra and my lovely little sister Lia (a.k.a Adek, a.k.a Ucil) for making Me feel like I have a family in Surabaya.

Buat mbak Mamik...

Guru ngajiku tersayang yang sudah seperti Kakak sendiri. Temen curhat paling OK di segala suasana, tapi tetap tidak melenceng dari agama yah Mbak?!..

Buat teman-teman Mama di arisan musik...

You are The Coolest Aunties in the whole world..?!

Buat "Kakak-Kakakku" yang cakep...

Mas Tito, Mas Bagus, Mas Farid. Teman curhatku dalam segala hal termasuk untuk curhat masalah "Mas" yang sama selama 2 tahun ini hehehe...

Buat Mas Halid yang baru aja dilantik sebagai dokter dan Hari yang masih menjadi dokter muda. Terima kasih udah banyak bantu Aku selama penelitian di Rumah Sakit.

My lovely cars...

Red Kerry (karimun) dan si Ganteng (avanza) yang selalu setia menemani Aku kemana aja Aku pergi.

My beautiful cats.....

Simba, Darky, Elmo, Tigger, Temi, Kerry, Puma. I love you guys so much!!..stay cute ya say...

For my dearest Nanny, Mbak Tina..

Adek akhirnya lulus juga khan?..

Untuk semua keluarga, teman, kenalan, dan TTM (Abi Dinarta yang baik) dan semua pihak yang secara nggak sengaja kelupaan untuk disebutkan. Terima kasih banyak yaaa...

Nggak akan pernah lupa untuk ngucapin terima kasih buat Uwo-Datuk dan Eyang yang ada di Surga. I love you...

Special for Mas Rama (dr.Azhar Ramadhan)...

Makasih..makasih banget ya Mas untuk semua bantuan, bimbingan, dan perhatiannya selama proses skripsi ini berlangsung. Terima kasih udah mau banyak kasih ilmu ke Aku. To Me You are Special...!!

Surabaya, 8 Februari 2006

Penulis

Rani Heraini

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Halaman Motto	
Lembar Persetujuan Pembimbing	
Lembar Pengesahan Skripsi	
Halaman Persembahan	
Kata Pengantar	
Daftar Isi	
Daftar Tabel	
Abstrak	
BAB I	
PENDAHULUAN	1
I.1. Latar Belakang Masalah	1
I.2. Perumusan Masalah	8
I.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian	9
I.3.1. Tujuan Penelitian	9
I.3.2. Manfaat Penelitian	9
I.4. Kerangka Konseptual	10
I.4.1. Hubungan Dokter dengan Pasien dalam Komunikasi Kesehatan	10
I.4.2. <i>Communication Apprehension</i> dalam Kajian Ilmu Komunikasi	14
I.4.2.1. Faktor Internal	15
I.4.2.2. Faktor Eksternal	15
I.5. Metodologi Penelitian	19
I.5.1. Metode Penelitian	19
I.5.2. Operasionalisasi Konsep	19
I.5.2.1. <i>Communication Apprehension (CA)</i> pada Dokter Muda	19
I.5.3. Populasi dan Sampel Penelitian	24
I.5.4. Teknik Pengumpulan Data	26
I.5.5. Teknik Analisis Data	26
BAB II	
KEGIATAN DOKTER MUDA PADA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA	27
II.1. Program Pendidikan Dokter di Universitas Airlangga Surabaya	27
II.2. Program Pendidikan Dokter Muda di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga	28

BAB III	
ANALISIS DAN INTERPRETASI DATA	33
III.1. Identitas Responden	33
III.2. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> (CA) pada Dokter Muda di Universitas Airlangga Surabaya	40
BAB IV	
KESIMPULAN DAN SARAN	63
IV.1. Kesimpulan	63
IV.2. Saran	64
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel III.1. Jenis Kelamin Responden (n=67)	34
Tabel III.2. Usia Responden (n=67)	34
Tabel III.3. Asal Daerah (n=67)	37
Tabel III.4. Pengeluaran per bulan (n=67)	37
Tabel III.5. Lama menjadi DM (n=67)	38
Tabel III.6. Penempatan Bagian Saat ini (n=67)	39
Tabel III.7. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> pada Situasi Diskusi (n=67)	41
Tabel III.8. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> pada Situasi Responsi (n=67)	42
Tabel III.9. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> pada Situasi Percakapan dengan Pasien (n=67)	43
Tabel III.10. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> pada Situasi Penyuluhan (n=67)	45
Tabel III.11. Tingkat <i>Communication Apprehension</i> Dokter Muda (n=67)	46
Tabel III.12. Tabel Silang antara Tingkat <i>Communication Apprehension</i> DM pada Situasi Diskusi dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)	49
Tabel III.13. Tabel Silang antara Tingkat <i>Communication Apprehension</i> DM pada Situasi Responsi dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)	51
Tabel III.14. Tabel Silang antara Tingkat <i>Communication Apprehension</i> DM pada Situasi Percakapan dengan Pasien dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)	53
Tabel III.15. Tabel Silang antara Tingkat <i>Communication Apprehension</i> DM pada Situasi Penyuluhan dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)	55
Tabel III.16. Tabel Silang antara Tingkat <i>Communication Apprehension</i> DM secara keseluruhan dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)	59

ABSTRAK

Profesi dokter adalah sebagai penolong dan pihak yang selalu lebih mengutamakan kewajiban di atas hak-hak ataupun kepentingan pribadinya, dan dalam kegiatan keprofesionalan ini terselip istilah dokter muda (DM) yang nantinya diharapkan mampu menjadi tenaga profesional di bidang kesehatan. Selama ini berkembang anggapan bahwa “dokter kurang berpengetahuan dan kurang kompeten”, hal ini tentu saja menjadi suatu kendala tersendiri bagi dokter muda, karena anggapan ini akan berkembang yang pada akhirnya memojokkan posisi dokter muda. Dalam artian ini, seorang dokter saja dinilai belum memiliki kemampuan yang memadai untuk menangani sakit mereka, apalagi jika pasien ditangani seorang dokter muda. Fenomena ini tentu saja menimbulkan kecemasan tersendiri bagi dokter muda, dan tidak menutup kemungkinan mereka akan mengalami *Communication Apprehension* (CA). Dalam psikologi, *Communication Apprehension* (CA) lebih dipahami sebagai ketakutan yang berbeda dengan jenis phobia yang lainnya dan manusia mengalami *Communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang berbeda.

Perumusan masalah penelitian adalah ingin mengetahui bagaimana tingkat *Communication Apprehension* (CA) pada dokter muda di Universitas Airlangga Surabaya. Konseptual dalam penelitian adalah hubungan dokter dengan pasien dalam komunikasi kesehatan dan *Communication Apprehension* (CA) dalam kajian ilmu komunikasi.

Penelitian ini menggunakan metode survey dengan tipe penelitian deskriptif, yang bermaksud menggambarkan tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang terjadi pada dokter muda di Universitas Airlangga Surabaya. Metode ini dilaksanakan dengan teknik pengumpulan data melalui kuesioner pengukuran tingkat CA dengan menggunakan modifikasi skala McCroskey dalam situasi komunikasi : diskusi, responsi, percakapan dengan pasien, dan penyuluhan.. Analisis data dilakukan secara deskriptif kuantitatif, yang hanya mendeskripsikan setiap variabel penelitian dan tanpa mencari hubungannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa DM Universitas Airlangga mengalami *Communication Apprehension* (CA) dengan tingkat yang sedang dan faktor yang menyebabkan mereka mengalami CA adalah eksternal (*state apprehension*) dimana faktor ini menyebabkan mereka mengalami CA pada situasi komunikasi tertentu.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Dalam kehidupan sosial sehari-hari, manusia pasti membutuhkan kegiatan untuk berkomunikasi satu sama lain seperti yang terjadi pada komunikasi antar manusia, dan adakalanya kegiatan komunikasi yang dilakukan antar persona (manusia) dikarenakan salah satu dari mereka membutuhkan sesuatu. Seperti komunikasi yang terjadi antara wartawan dengan sumber berita, komunikasi yang terjadi antara guru dengan murid, ataupun komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien.

Dalam komunikasi diadik – yaitu komunikasi antar persona di antara dua orang – sebagaimana halnya yang terjadi antara dokter dengan pasien, pada dasarnya seorang dokter mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih dalam bidang kesehatan bila dibandingkan dengan pasien. Misalnya saja seorang dokter akan mengetahui penyakit yang diderita pasiennya berdasarkan gejala-gejala yang dialami oleh pasien. Seorang dokter juga memiliki profesi yang istimewa karena dia berhadapan langsung dengan begitu banyak segi-segi kehidupan manusia dan lebih utama lagi dengan hidup itu sendiri yang merupakan hal paling esensial dari kehidupan. Individu yang mengambil profesi kedokteran sebagai pilihannya menyadari sungguh-sungguh bahwa tanggung jawab dan tuntutan masyarakat terhadapnya adalah sebagai penolong dan pihak yang selalu lebih mengutamakan kewajiban di atas hak-hak ataupun kepentingan pribadinya. Sedangkan dari pihak

masyarakat yang dalam hal ini adalah pasien, mereka pun semakin kritis dalam memandang masalah yang ada, termasuk pelayanan yang diberikan dalam bidang kesehatan. Masyarakat kini menuntut agar seorang dokter atau suatu instansi kesehatan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Menurut Hanafiah dan Amir, sejak awal sejarah umat manusia, sudah dikenal hubungan kepercayaan antara dua insan yaitu manusia penyembuh dan penderita. Dalam zaman modern, hubungan ini disebut transaksi atau kontrak terapeutik antara dokter dan pasien. Hubungan ini dilakukan secara konfidensial dalam suasana saling mempercayai dan menghormati. Sejak terwujudnya praktek kedokteran, masyarakat mengetahui dan mengakui adanya beberapa sifat mendasar yang melekat secara mutlak pada diri seorang dokter yang baik dan bijaksana, yaitu kemurnian hati, kesungguhan kerja, kerendahan hati serta integritas ilmiah dan moral yang tidak diragukan (Hanafiah dan Amir, 1999:15).

Samil menjelaskan, hal yang paling mendalam dalam hubungan antara pasien dan dokter adalah rasa saling percaya. Pasien sebagai pihak yang memerlukan pertolongan percaya, dokter dapat menyembuhkan penyakitnya. Sementara itu, dokter juga percaya pasien telah memberikan keterangan yang benar mengenai penyakitnya dan dia akan mematuhi segala petunjuk dokter. Namun, seringkali rasa percaya diri itu hilang sehingga salah satu pihak dirugikan. Oleh karena itu, diperlukan penjelasan mengenai hak dan kewajiban masing-masing pihak agar proses pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan lebih teratur dan mereka dapat saling menghargai (Samil, 2001:33).

Samil juga menjelaskan, banyak faktor yang menyebabkan keadaan di atas, diantaranya adalah motivasi dokter dalam pelayanan kesehatan yang mulai bergeser dari keinginan untuk menolong sesama manusia menjadi kepentingan bisnis, cara pelayanan dokter yang tidak komunikatif dan kurang simpatik, atau sebaliknya, pasien dengan pengetahuan kesehatan yang sedikit terlalu cepat menyalahkan dokter apabila merasa dirugikan (Samil, 2001:33).

Profesi dokter adalah sebagai penolong dan pihak yang selalu lebih mengutamakan kewajiban di atas hak-hak ataupun kepentingan pribadinya. Dalam menjembatani kepentingan yang ada dalam hubungan antara dokter dan pasien inilah diberlakukan suatu etik yang merupakan norma-norma, nilai-nilai atau pola tingkah laku kelompok profesi (berasal dari kata *profesio* yang berarti pengakuan) tertentu dalam memberikan pelayanan jasa kepada masyarakat. Pekerjaan profesi mempunyai ciri-ciri sebagai berikut : (1) mengikuti pendidikan sesuai standar nasional (2) pekerjaannya berlandaskan etik profesi (3) mengutamakan panggilan kemanusiaan dari pada keuntungan (4) pekerjaannya legal melalui perijinan (5) anggota-anggotanya belajar sepanjang hayat, dan (6) anggota-anggotanya bergabung dalam suatu organisasi profesi (Hanafiah dan Amir, 1999:2).

Agar terjadi suatu iklim kerja bagi seorang dokter dalam bidang kesehatan, jelaslah bahwa profesi kedokteran membutuhkan pedoman sikap dan perilaku yang harus dimiliki oleh seorang dokter. Pedoman ini kemudian dikenal dengan nama Kode Etik Kedokteran Indonesia. Untuk menjalankan dan mengamalkan kode etik tersebut, seorang dokter juga harus sudah dibekali dengan wawasan

keagamaan yang kuat, karena dalam ilmu agama sudah tercakup pengetahuan mengenai moral dan akhlak yang baik antar manusia (Samil, 2001:5).

Bagi seorang dokter yang dianggap telah berpengalaman, hal tersebut mungkin tidaklah menjadi masalah, akan tetapi hal ini akan berbeda jika yang menjalankannya adalah seorang dokter muda. Seperti dikatakan Samil, para dokter muda belum memperoleh informasi yang memadai tentang kode etik kedokteran Indonesia, terutama yang berkenaan dengan hak dan kewajiban seorang pasien yang dibandingkan dengan hak dan kewajiban seorang dokter (Samil, 2001:vii).

Melalui “Buku Panduan Pendidikan Dokter” bagian Tatalaksana kehidupan kampus mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Airlangga disebutkan bahwa pendidikan kedokteran merupakan pendidikan akademik profesional yang terdiri dari :

1. Pendidikan akademik untuk mencapai sarjana kedokteran
2. Pendidikan profesi dokter untuk menjadi seorang dokter (FK Unair, 2004:121).

Suatu pendidikan akademik mempunyai landasan etik akademik yang berlaku bagi semua *civitas academica* perguruan tinggi, sedangkan untuk pendidikan profesi dokter, selain etik akademik juga berlaku etik profesi kedokteran yang merupakan nilai-nilai moral di dalam melaksanakan kegiatan profesi kedokteran (FK Unair, 2004:121).

Etik kedokteran merupakan kesadaran dan pedoman yang mengatur prinsip-prinsip moral dan etik dalam melaksanakan kegiatan profesi kedokteran

sehingga mutu dan kualitas profesi kedokteran tetap terjaga dengan cara yang terhormat. Etik kedokteran mengandung unsur-unsur pengorbanan, dedikasi, pengabdian, hubungan antar dokter dengan pasien, hubungan antar sejawat maupun terhadap diri sendiri. Meskipun mahasiswa fakultas kedokteran secara formal belum terikat oleh Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), tetapi secara moral wajib memahami dan mengamalkan KODEKI sebagai salah satu pembinaan sikap dan tanggung jawab yang berkesinambungan sebagai bagian dari pendidikan kedokteran. Oleh karena itu mahasiswa fakultas kedokteran yang secara sadar dan sengaja melanggar KODEKI dapat diberikan sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku (FK Unair, 2004:123).

Jika dokter selama ini diidentikan dengan orang yang akan menyembuhkan penyakit yang diderita pasien, maka dokter muda adalah orang yang sedang belajar untuk berusaha menyembuhkan penyakit pasien melalui pengawasan ketat dari dokter sesungguhnya. Dengan kata lain dokter muda adalah dokter yang berada dalam pengawasan senior-nya. Secara khusus, dokter muda adalah mahasiswa kedokteran yang menyanggah gelar S. Ked. (Sarjana Kedokteran) sebagai titel dari seseorang yang akan menjadi dokter. Gelar Sarjana Kedokteran diperoleh oleh calon dokter setelah mereka menempuh masa belajar selama empat tahun (8 semester), setelah dinyatakan lulus selanjutnya mereka mengucapkan sumpah dokter muda, dan selama masa studi mulai dari semester sembilan, selanjutnya mereka menyanggah status sebagai dokter muda (DM). Selama masa belajar sebagai DM ini, mereka harus menjalani kepaniteraan klinik

(*co. assistant*) – sebagai lanjutan dari mata kuliah pre-klinik dan klinik semasa kuliah – untuk mendapatkan gelar dokter..

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh dokter muda dalam kepaniteraan klinik antara lain : anamnesa pasien (catatan klinis pasien), *Diagnosis Psy* (pemeriksaan klinis pasien pada pemeriksaan penunjang), diagnosis, dan terapi. Selain itu diadakan pula suatu kegiatan yang dikenal dengan istilah *responsi*, yaitu semacam diskusi di kalangan para dokter (gabungan antara presentasi dan tanya jawab) dengan tujuan membahas kasus pasien (biasanya pasien rawat inap).

Dalam upaya untuk menangani pasiennya sendiri inilah, terlebih diawasi oleh dokter senior (dimana pasien dan dokter muda sendiri sepenuhnya berada dalam tanggung jawab dokter senior), dokter muda harus berhadapan dengan pasiennya yang berasal dari berbagai kalangan masyarakat yang tentu saja menjadi kendala tersendiri bagi mereka. Misalnya kendala dalam hal bahasa, dimana dapat saja salah satu pasien atau dokter tidak bisa memahami bahasa yang sama (contohnya dokter muda tidak dapat berbahasa Jawa sedangkan pasien hanya mengerti bahasa Jawa). Terlebih karena mereka juga berada dalam pengawasan dokter senior, mereka pun harus berhadapan dengan para dokter senior yang secara karakter berbeda satu sama lain.

Menurut Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss, peranan dokter dan pasien tampaknya dalam masa peralihan. Belum pernah hubungan dokter – pasien lebih dipermasalahkan. Banyak alasan yang diajukan, seperti biaya kesehatan yang membumbung tinggi dan asuransi kesehatan, peningkatan spesialisasi dokter, melambungnya biaya asuransi, malpraktek yang meningkat pula pada pasien, dan

lain-lain. Hal ini tentu saja menyebabkan terjadinya ketidakpuasan pada pasien terhadap dokternya. Berkurangnya kepercayaan dan kepuasan publik tercermin secara dramatik dalam bertambahnya jumlah malpraktek. Hasil pengumpulan pendapat yang dilaporkan Harris menunjukkan bahwa pasien berpindah dokter sebagai respon “berkenaan dengan komunikasi dokter – pasien”, salah satunya adalah adanya respon yang menyatakan bahwa dokter kurang berpengetahuan dan kurang kompeten (Tubbs dan Moss, 1996:9-10). Adanya anggapan bahwa “dokter kurang berpengetahuan dan kurang kompeten”, tentu saja menjadi suatu kendala tersendiri bagi dokter muda, karena anggapan ini akan berkembang yang pada akhirnya memojokkan posisi dokter muda. Dalam artian ini, seorang dokter saja dinilai belum memiliki kemampuan yang memadai untuk menangani sakit mereka, apalagi jika pasien ditangani seorang dokter muda.

Fenomena ini tentu saja menimbulkan kecemasan tersendiri bagi dokter muda, dan tidak menutup kemungkinan mereka akan mengalami *Communication Apprehension* (CA). Dalam psikologi, *Communication Apprehension* (CA) lebih dipahami sebagai *socialphobia* – istilah yang dikemukakan Mark dan Gelder pada tahun 1969 – yang menyatakan sebagai ketakutan yang berbeda dengan jenis phobia yang lainnya (Yasa, 1996:7). Menurut Kusumanto, sekitar 10% - 16% penduduk menderita *socialphobia*, yaitu perasaan malu dan takut berkepanjangan mulai anak-anak hingga dewasa. Penyakit ini jika tidak segera diatasi dapat berkembang menjadi depresi dan menghambat perkembangan sumber daya manusia Indonesia (Rose, 1997:9). *Communication Apprehension* (CA) berada dalam suatu rentang (*continuum*), dari tingkat yang rendah sampai tingkat yang

tinggi. Kita semua mengalami CA dalam tingkat yang berbeda (DeVito, 1998:159). Menurut Ayres dan Hopf, secara umum CA menyebabkan berkurangnya frekuensi, intensitas dan keterlibatan individu dalam suatu transaksi komunikasi. Individu-individu dengan tingkat kecemasan yang tinggi cenderung menghindari situasi komunikasi, dan jika terpaksa mereka akan berpartisipasi sesedikit mungkin. Keengganan berkomunikasi ini sendiri tampak dalam berbagai bentuk. Misalnya, diantara mereka yang mempunyai tingkat kecemasan tinggi ditemukan rendahnya keinginan untuk berkomunikasi, menjadi melawan, dan bekerja dengan merasa tersiksa, dibandingkan mereka yang mempunyai tingkat kecemasan yang rendah (DeVito, 1998:94).

Berdasarkan hal ini peneliti tertarik untuk meneliti CA yang terjadi pada dokter muda. Berdasarkan wawancara dengan dr. Marsianto, Sp.O.G selaku wakil direktur Pendidikan dan Penelitian RSUD Dr. Soetomo Surabaya dijelaskan bahwa dalam bidang ilmu kedokteran sendiri tidak diajarkan ilmu komunikasi secara khusus, sehingga hal ini menimbulkan CA pada mereka misalnya pada saat memberikan penyuluhan. Penelitian ini dilakukan di Surabaya yang saat ini mempunyai tiga universitas yang menyelenggarakan program pendidikan kedokteran, yaitu Universitas Airlangga, Universitas Wijaya Kusuma, dan Universitas Hang Tuah.

Sebagai lokasi penelitian ini, peneliti memilih Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, dengan pertimbangan Fakultas ini bekerja sama dengan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dokter Soetomo yang merupakan rumah sakit rujukan untuk kawasan Indonesia Timur, sehingga dokter-dokter yang

ditempatkan pada rumah sakit ini dapat dibilang handal, termasuk didalamnya adalah dokter-dokter muda yang ada di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Sampel penelitian ini adalah para dokter muda yang berasal dari Universitas Airlangga Surabaya. Untuk mengetahui bagaimana tingkat CA yang terjadi pada dokter muda dalam penelitian ini, digunakan modifikasi instrumen kuesioner yang dikembangkan oleh McCroskey, dimana dalam kuesioner ini terdapat 24 pernyataan yang berfokus pada perasaan-perasaan tentang berkomunikasi dengan orang lain (<http://www.hawaii.edu/gened/oc/prca.htm>).

1.2. Perumusan Masalah

Perumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : “Bagaimanakah tingkat *Communication Apprehension* (CA) pada dokter muda di Universitas Airlangga Surabaya ?”

1.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.3.1. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat *Communication Apprehension* pada dokter muda di Universitas Airlangga Surabaya.

1.3.2. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini dapat dibagi dalam 2 bagian yaitu :

1. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat menambah luasnya kajian ilmu komunikasi yang berkenaan dengan *Communication Apprehension* yang melibatkan peranan di dalamnya.

2. Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi tersendiri bagi pihak-pihak yang memiliki kompetensi dalam bidang *Communication Apprehension*.

1.4. Kerangka Konseptual

1.4.1. Hubungan Dokter dengan Pasien dalam Komunikasi Kesehatan

Suatu proses komunikasi pada dasarnya secara sederhana dapat didefinisikan sebagai proses penyampaian pesan dari komunikator kepada komunikan. Jika lebih dianalisis, pesan komunikasi terdiri dari dua aspek, yaitu isi pesan, dan lambang. Konkretnya isi pesan itu adalah pikiran atau perasaan, lambang adalah bahasa (Effendi, 1993:28). Pada akhirnya ilmu komunikasi kemudian dikembangkan dan diterapkan dalam bidang-bidang kehidupan dalam masyarakat, seperti komunikasi dengan menggunakan media massa (komunikasi massa), komunikasi internasional, komunikasi pemasaran, bahkan komunikasi kesehatan.

Komunikasi kesehatan merupakan upaya sistematis yang secara positif mempengaruhi praktek-praktek kesehatan masyarakat luas. Sasaran utama komunikasi kesehatan adalah melakukan perbaikan kesehatan yang berkaitan dengan praktek, dan pada gilirannya status kesehatan. Pendekatan komunikasi kesehatan diturunkan dari berbagai disiplin ilmu, meliputi pemasaran sosial, antropologi, analisis perilaku, periklanan, komunikasi, pendidikan serta ilmu-ilmu sosial yang lain. Berbagai disiplin ilmu tersebut saling melengkapi, saling tukar prinsip dan teknik umum satu sama lain, sehingga masing-masing memberikan

sumbangan yang unik bagi metodologi komunikasi kesehatan (Graeff et. al., 1996:18-19).

Komunikasi kesehatan didefinisikan sebagai modifikasi perilaku manusia serta faktor-faktor sosial yang berkaitan dengan perilaku yang secara langsung maupun tidak langsung mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit atau melindungi individu-individu terhadap bahaya (Graeff et. al., 1996:25). Dalam melaksanakan komunikasi kesehatan ini, terdapat model yang berkenaan dengan perilaku kesehatan. Misalnya saja Model Kepercayaan Kesehatan. Menurut Model Kepercayaan Kesehatan, perilaku ditentukan oleh apakah seseorang : (1) percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu; (2) menganggap masalah masalah ini serius; (3) meyakini efektivitas tujuan pengobatan dan pencegahan; (4) tidak mahal; dan (5) menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan (Graeff et. al., 1996:26-27).

Menurut Hanfiah dan Amir, sejak awal sejarah umat manusia, sudah dikenal hubungan kepercayaan antara dua insan yaitu manusia penyembuh dan penderita. Dalam zaman modern, hubungan ini disebut transaksi atau kontrak terapeutik antara dokter dan pasien. Hubungan ini dilakukan secara konfidensial dalam suasana saling mempercayai dan menghormati. Sejak terwujudnya praktek kedokteran, masyarakat mengetahui dan mengakui adanya beberapa sifat mendasar yang melekat secara mutlak pada diri seorang dokter yang baik dan bijaksana, yaitu kemurnian hati, kesungguhan kerja, kerendahan hati serta integritas ilmiah dan moral yang tidak diragukan (Hanafiah dan Amir, 1999:15).

Dalam interaksi social antar manusia dikenal konsep *standpoint* seperti apa yang dituliskan oleh Wood :

We are affected not only by the culture as a whole, but by groups to which we belong. Standpoint is a point of view shaped by material, social, and symbolic conditions common to a group. The way we perceive the world and ourselves is shaped by our experiences as members of the particular groups to which we belong (Kita tidak hanya dipengaruhi oleh kultur secara keseluruhan, tetapi oleh kelompok yang kita miliki. *Standpoint* adalah pandangan yang dibentuk oleh kondisi umum materi, sosial, dan simbolik pada kelompok. Cara kita memandang dunia dan diri kita dibentuk oleh pengalaman-pengalaman kita sebagai anggota kelompok tertentu yang kita miliki (Wood, 2004:84).

Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss menuliskan, bahwa menurut Goleman (1991) dan Belkin (1992), hubungan dokter-pasien dikatakan unik dan secara tradisional diatur oleh sejumlah norma yang berhubungan dengan kekuasaan, status, dan kemampuan. Lebih jauh lagi, hubungan dokter-pasien seringkali melibatkan penyingkapan diri pada kedua belah pihak. Diasumsikan bahwa dokter akan terbuka dengan pasiennya mengenai sifat-sifat setiap penyakit, prognosisnya, biayanya, dan sebagainya; dan pasien akan berbicara secara terus terang terhadap dokter. Misalnya seorang dokter rutin bertanya kepada pasien barunya apakah si pasien menggunakan obat terlarang. Agar para dokter dapat efektif dalam mengobati pasien-pasiennya, mereka harus memperoleh kepercayaan dan kesediaan untuk bekerja sama dari pasiennya. Dengan alasan inilah para dokter melatih mahasiswa kedokteran untuk meningkatkan pemahaman mereka dalam komunikasi non verbal dan mengembangkan kemampuan mendengarkan yang lebih baik (Tubbs dan Moss, 1996:9).

Tubbs dan Moss juga menambahkan bahwa berkurangnya kepercayaan dan kepuasan publik tercermin secara dramatik dalam bertambahnya jumlah malpraktek. Hasil pendapat terbaru yang dilaporkan Harris menunjukkan bahwa pasien berpindah dokter sebagai respon “berkenaan dengan komunikasi dokter-pasien”. Menurut Nazario (1992), beberapa alasan dikemukakan sebagai berikut :

- Dokter tidak menyediakan waktu cukup untuk pasien : 51 %
 - Dokter tidak ramah : 42 %
 - Dokter tidak menjawab pertanyaan dengan jujur dan lengkap : 40 %
 - Dokter kurang berpengetahuan dan kompeten : 37 %
 - Penjelasan dokter tidak dapat dimengerti : 30 %
 - Dokter tidak memperlakukan pasien dengan hormat : 27 %
 - Dokter tidak selalu ada di tempat bilamana diperlukan : 27 %
- (Tubbs dan Moss, 1996:9-10).

Masih menurut Tubbs dan Moss, Dr. David Roger, profesor bidang kedokteran Cornell University Medical College, menyatakan pendapatnya mengenai hubungan dokter-pasien pada masa mendatang. Ada beberapa riset terbaru bagaimana komunikasi relasional dokter dipersepsi. Penelitian Burgoon dan rekan-rekannya menguatkan pentingnya komunikasi relasional dalam memperbaiki hubungan dokter-pasien, dan pada tingkat yang lebih rendah, dalam menumbuhkan kerelaan pasien. Burgoon melaporkan bahwa pesan dokter “yang : menyampaikan keterbukan, minat, dan kerelaan mendengarkan, keterlibatan, kehangatan, kesamaan, kesederajatan, dan beberapa formalitas” berkaitan dengan kepuasan maksimal pasien, yaitu :

1. Kepuasan kognitif (kepercayaan bahwa pasien mendapat informasi yang benar dari dokter mengenai penyakit, obat yang diberikan, dan prognosinya)
2. Kepuasan efektif (merasa percaya bahwa, merasa diterima, dan merasa disukai), dan

3. Kepuasan pada bagaimana dokter melakukan pemeriksaan (Tubbs dan Moss, 1996:10).

Kesediaan menerima (*receptivity*) merupakan ukuran terbaik untuk menilai kepuasan pasien secara keseluruhan. Ada sejumlah temuan lainnya yang amat menarik dalam menelaah komunikasi antar persona jenis ini. Misalnya kepuasan afektif seorang pasien mengenai penyingkapan diri “meningkat bila seorang dokter dipersepsi sebagai kurang mendominasi, lebih serupa, lebih sigap, dan juga lebih bersedia menerima”. Di sisi lain, perasaan diberi informasi yang benar oleh dokter menjadi maksimal bila dokter menunjukkan kesediaan menerima, rasa terlibat, bersikap santai – tidak tegang – dan formalitas” (Tubbs dan Moss, 1996:11).

1.4.2. *Communication Apprehension* dalam Kajian Ilmu Komunikasi

Diantara kemampuan yang paling penting dalam berkomunikasi secara efektif adalah kemampuan untuk mengurangi *Communication Apprehension* (CA) dan meningkatkan ketegasan (*assertiveness*) (DeVito, 1998:82). Hal ini sangat penting artinya, karena ketrampilan berkomunikasi bukan merupakan kemampuan yang kita bawa sejak lahir dan juga tidak akan muncul secara tiba-tiba saat kita memerlukannya, sehingga kemampuan itu harus kita pelajari atau latih (Supratikna, 1997:12).

Communication Apprehension (CA) adalah suatu keadaan dimana individu merasa malu, enggan, takut, atau cemas pada interaksi komunikasi. *Communication Apprehension* (CA) ini muncul karena individu mengembangkan perasaan negatif dan memprediksikan akibat negatif sebagai fungsi yang

menyertai interaksi komunikasi (DeVito, 1998:159). Ada dua macam *Communication Apprehension* (CA), yaitu *Trait Apprehension* dan *State Apprehension* (Littlejohn, 1996:106). Dalam penelitian ini, kedua faktor tersebut dikategorikan dalam faktor internal dan faktor eksternal.

1.4.2.1. Faktor Internal

Faktor internal dari CA adalah faktor dari dalam individu sebagai bawaan sejak lahir, atau disebut sebagai *Trait Apprehension*, yaitu suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas dan takut secara umum, tanpa memperhatikan situasi tertentu, atau dengan kata lain individu merasa cemas dan takut berkomunikasi pada semua situasi komunikasi, misalnya dalam komunikasi diadik, komunikasi kelompok, *public speaking*, dan komunikasi massa. Faktor internal ini oleh Littlejohn (1999:102) disebut sebagai *generalized-context CA*.

1.4.2.2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal dari CA adalah faktor dari luar individu yang menyebabkan individu tidak berani melakukan interaksi komunikasi pada situasi tertentu. Faktor ini disebut dengan *State Apprehension*, yaitu suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas dan takut berkomunikasi pada situasi tertentu saja. Misalnya seorang komunikator yang takut pada *public speaking* tetapi tidak takut pada komunikasi diadik, atau takut pada wawancara kerja tetapi tidak takut pada *public speaking*. Faktor eksternal ini oleh Littlejohn (1999:102) disebut sebagai *person-group CA*.

Communication Apprehension (CA) dapat muncul dalam semua situasi komunikasi, seperti komunikasi antar pribadi, komunikasi antar budaya,

komunikasi organisasi, dan komunikasi massa. *Communication Apprehension* (CA) nampak pada perilaku individu yang disebut dengan perilaku aprehensif (*apprehensif behavior*) seperti : diam, malu, enggan, penghindaran, dan takut untuk berkomunikasi. Mereka yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) ini mempunyai hambatan dalam mengekspresikan diri mereka karena konsep diri yang negatif (misalnya : takut dianggap bodoh, malu bila dicemooh, ditertawakan, dll.) sehingga timbul keinginan untuk menutup diri. Keinginan untuk menutup diri, selain karena konsep diri yang negatif, timbul karena kurangnya kepercayaan kepada kemampuan sendiri. Orang yang tidak menyenangi dirinya merasa dirinya tidak akan mampu mengatasi persoalan. Orang yang kurang percaya diri akan cenderung sedapat mungkin menghindari situasi komunikasi. Dia takut orang lain akan mengejeknya atau menyalahkannya (Rahmat, 1996:108). Namun demikian, hal ini tidak berarti sepenuhnya bahwa individu-individu dengan *Communication Apprehension* (CA) justru dapat mempelajari kecemasan yang dialaminya. Seseorang yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) adalah orang yang tidak efektif dan bahagia. Kebanyakan dari mereka yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) justru dapat mempelajari kecemasan yang dialaminya. Hal ini sebagai bukti bahwa *Communication Apprehension* (CA) dapat dikendalikan dan dikelola secara efektif.

Communication Apprehension (CA) berada dalam suatu rentang (*continuum*), dari tingkat yang rendah sampai tingkat yang tinggi. Kita semua mengalami *Communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang berbeda

(DeVito, 1998:159). *Communication Apprehension (CA)* yang normal (dengan tingkat yang sedang) tidak terjadi masalah, tetapi *Communication Apprehension (CA)* yang patologis (dengan tingkat yang tinggi) akan menimbulkan masalah, karena individu merasa menderita dan takut secara berlebihan.

Communication Apprehension (CA) yang abnormal akan menyebabkan masalah pribadi yang serius, termasuk rasa tidak tenang dan penghindaran terhadap aktivitas komunikasi, yang akhirnya akan mencegah individu untuk berpartisipasi secara produktif dan menyenangkan dalam masyarakat (Littlejohn, 1999:102-103). *Communication Apprehension (CA)* memang tidak mungkin dapat dihilangkan, tetapi dapat dikelola secara efektif sehingga tidak sampai mengurangi atau mencegah individu dalam pencapaian tujuan yang mengharuskan individu tersebut untuk dapat berkomunikasi dalam situasi yang berbeda-beda.

Ada banyak penjelasan tentang munculnya *Communication Apprehension (CA)*. Berikut adalah teori-teori yang menjelaskan tentang *Communication Apprehension (CA)*.

Innateness Theory Teori ini menyatakan, individu sejak lahir sudah membawa rasa takut atau tidak tegas – faktor bawaan inilah yang menentukan individu menjadi seorang yang penakut atau pemberani, tegas atau tidak tegas. Jika individu dilahirkan dengan tingkat kepekaan terhadap kesehatan atau rasa sakit yang berbeda, maka cukup beralasan jika dikatakan individu juga dilahirkan dengan tingkat kepekaan yang berbeda terhadap orang asing, situasi yang baru, atau pertemuan secara interpersonal, yang disebut sebagai (*assertiveness*).

Penelitian-penelitian berikutnya banyak memberikan tambahan dukungan pada pandangan tersebut (Richmond dan McCroskey dalam DeVito, 1995:156).

Personal Inadequacy Theory Mungkin ada ratusan macam *Personal Inadequacy Theory*, tetapi nampaknya semua teori tersebut sepakat, perilaku tidak tegas dan takut merupakan gejala-gejala permasalahan pribadi atau berkaitan dengan ketidakmampuan diri. Semua pendekatan ini juga sepakat bahwa munculnya perilaku takut (*apprehensive behavior*) dan ketidaktegasan (*assertive behavior*) ini banyak ditemukan pada pengalaman pertama dan pada permasalahan yang muncul dalam ketidakmampuan. Menurut pandangan ini, untuk mengurangi perilaku takut (*apprehensive behavior*) atau meningkatkan ketegasan (*assertiveness*), individu menemukan terapi yang intensif (DeVito, 1995:156).

Learned Behavior Teori ini memandang perilaku takut (*apprehensive behavior*) dan ketidaktegasan (*non-assertiveness behavior*) sebagai perilaku yang dipelajari, individu berperilaku seperti apa yang telah dipelajarinya. Baik individu, karena serangkaian pengalamannya yang unik, mempelajari perilaku yang tidak tegas (*non-assertiveness behavior*), sedang individu yang lain mempelajari perilaku yang tegas (*assertiveness behavior*). Implikasi penting dari kedudukan pembelajaran di sini, jika perilaku-perilaku bisa dipelajari, maka demikian juga sebaliknya. Di sini tidak dikatakan perubahan perilaku semacam itu akan terjadi dengan mudah, tetapi hanya dimungkinkan tanpa penyusunan kembali struktur yang sudah ada (sekalipun hal tersebut dimungkinkan) atau dengan memecahkan

semua permasalahan psikologis individu sejak dini (sekalipun hal tersebut dimungkinkan) (DeVito, 1995:157).

1.5. Metodologi Penelitian

1.5.1. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survey dengan tipe penelitian deskriptif, yang bermaksud menggambarkan tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang terjadi pada dokter muda Universitas Airlangga di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soetomo Surabaya. Metode ini dilaksanakan dengan teknik pengumpulan data melalui penyebaran kuesioner yang berisi sejumlah pernyataan tertutup (*close ended question*) kepada responden yang dalam hal ini adalah dokter muda Universitas Airlangga dalam hal *Communication Apprehension* (CA) yang mereka alami dalam situasi komunikasi : diskusi, responsi, percakapan dengan pasien, dan penyuluhan.

1.5.2. Operasionalisasi Konsep

1.5.2.1. *Communication Apprehension* (CA) pada Dokter Muda

Communication Apprehension (CA) adalah suatu keadaan dimana individu merasa malu, enggan, takut, atau cemas pada interaksi komunikasi. *Communication Apprehension* (CA) ini muncul karena individu mengembangkan perasaan negatif dan memprediksikan akibat negatif sebagai fungsi yang menyertai interaksi komunikasi.

Untuk pengukuran tingkat CA yang dialami dokter muda dalam penelitian ini, dilakukan dengan menggunakan acuan pada penelitian McCroskey. Pada

penelitian dengan menggunakan model serta perhitungan yang dilakukan oleh McCroskey ini, responden diminta memberikan jawaban dalam bentuk persetujuannya terhadap pernyataan-pernyataan yang menjadi indikator adanya *Communication Apprehension* (CA) dalam keempat situasi komunikasi yang telah ditentukan dalam penelitian McCroskey, yaitu Diskusi kelompok (*Group Discussion*), Pertemuan (*Meetings*), Percakapan antar pribadi (*Interpersonal Conversation*), dan Kemampuan berbicara di depan publik (*Public Speaking*), akan tetapi, dari pernyataan-pernyataan yang harus dijawab tersebut, responden tidak mengetahui secara jelas keempat situasi komunikasi yang dikemukakan, hal ini dikarenakan pernyataan-pernyataan tersebut tidak dipisahkan secara jelas.

Pada penelitian ini, peneliti memodifikasi Skala McCroskey dalam keempat situasi komunikasi yang telah ditentukan dalam penelitian McCroskey, yaitu :

1. Diskusi kelompok (*Group Discussion*) menjadi diskusi antara dokter muda, dimana kegiatan ini merupakan kegiatan yang melibatkan interaksi antar dokter muda yang dilakukan secara informal, misalnya dalam mendiskusikan keadaan pasien yang satu dengan pasien lainnya
2. Pertemuan (*Meetings*) menjadi responsi, yaitu diskusi di kalangan para dokter (gabungan antara presentasi dan tanya jawab) dengan tujuan membahas kasus pasien (biasanya pasien rawat inap). Kegiatan ini dilaksanakan secara formal dan bahkan diawasi oleh dokter senior, dimana diskusi ini dilakukan untuk membahas suatu kasus dalam poliklinik di

suatu bagian sebanyak satu kali. Format responsi adalah kelompok yang terdiri dari 2 orang dokter muda harus mempresentasikan hasil poliklinik di hadapan satu orang dokter spesialis dan sesama DM yang tengah bertugas di poliklinik bersangkutan

3. Percakapan antar pribadi (*Interpersonal Conversation*) menjadi percakapan antara dokter muda dengan pasien baru dan ataupun pasien rawat inap, misalnya kegiatan untuk membuat pre-diagnosis ataupun anamnesa
4. Kemampuan berbicara di depan publik (*Public Speaking*) menjadi kegiatan penyuluhan, dimana kegiatan ini menuntut kemampuan seorang dokter dalam menjelaskan kepada pasien atau masyarakat tentang pentingnya suatu kesehatan. Kegiatan ini umumnya terjadi pada saat dokter muda diterjunkan di rumah sakit (puskesmas) kabupaten.

Untuk perhitungan, pada akhirnya jawaban responden itu berupa skor antara 1 – 5 dengan perincian :

1 = Sangat Setuju

2 = Setuju

3 = Ragu-ragu

4 = Tidak Setuju

5 = Sangat Tidak Setuju

Untuk mengetahui bagaimana tingkat CA yang dialami oleh responden dalam keempat situasi komunikasi yang dihadapi, responden akan menjawab total 24

pernyataan (dapat dilihat dalam kuesioner penelitian). Selanjutnya dilakukan perhitungan dengan menggunakan rumus berikut ini :

Subscores Scoring Formula :

<i>Group Discussion</i>	Item 2 + Item 4 + Item 6 - Item 1 - Item 3 - Item 5 + 18
<i>Meetings</i>	Item 8 + Item 9 + Item 12 - Item 7 - Item 10 - Item 11 + 18
<i>Interpersonal Conversations</i>	Item 14 + Item 16 + Item 17 - Item 13 - Item 15 - Item 18 + 18
<i>Public Speaking</i>	Item 19 + Item 21 + Item 23 - Item 20 - Item 22 - Item 24 + 18

<http://www.hawaii.edu/gened/oc/prca.htm>

Rumus perhitungan (*scoring formula*) di atas mengacu pada penelitian McCroskey, dimana setiap situasi komunikasi (subskor) diwakili oleh 6 pernyataan, terdiri dari 3 pernyataan positif dan 3 pernyataan negative. Jadi secara keseluruhan terdapat 24 pernyataan. Bobot skor yang diberikan responden pada setiap pernyataan berkisar antara 1 sampai 5. Angka 18 di atas, digunakan sebagai angka dasar perhitungan dalam setiap rumus, agar semua skor yang dihasilkan bernilai positif. Angka 18 ini merupakan titik tengah dari penjumlahan skor tertinggi dan penjumlahan skor terendah pada setiap subskor. Perhitungannya sebagai berikut : apabila dalam satu subskor (situasi komunikasi) tiap pernyataan mempunyai nilai skor 1, maka hasil penjumlahan skor tersebut adalah 6, apabila tiap pernyataan mempunyai nilai skor 5, maka hasil penjumlahan skor tersebut adalah 30. Antara skor 6 sampai dengan 30 ini diambil titik tengahnya, dengan cara menjumlahkan kedua angka tersebut dan kemudian membaginya menjadi dua. Jadi 36 dibagi 2 sama dengan 18. Berdasarkan hitungan ini, angka 18

dijadikan sebagai angka dasar perhitungan dalam setiap rumus, agar semua skor yang dihasilkan dalam setiap subskor bernilai positif. Rumus perhitungan yang digunakan McCroskey di atas adalah “angka dasar (titik tengah, yaitu 18) ditambah jumlah skor 3 pernyataan positif (indikator tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang rendah), dikurangi dengan jumlah skor pernyataan negative (indikator dari adanya tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang tinggi)”. Setiap subskor, setelah melalui proses perhitungan dengan rumus, mempunyai nilai skor akhir antara 6 sampai dengan 30. Semakin tinggi subskornya, semakin tinggi pula tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang dialami oleh responden. Nilai subskor yang lebih besar dari 18 menunjukkan tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang tinggi. Nilai subskor yang sama dengan 18 menunjukkan tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang sedang atau normal dan nilai subskor yang lebih kecil dari 18 termasuk dalam tingkat *Communication Apprehension* (CA) yang rendah.

Untuk lebih jelasnya, berikut ini adalah contoh dari perhitungan subskor pada situasi komunikasi diskusi :

Saya tidak suka berpartisipasi dalam kelompok diskusi antar dokter muda				X	
Secara umum, saya merasa nyaman berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda	X				
Saya merasa tertekan dan cemas ketika berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda				X	
Saya senang terlibat dalam diskusi antar dokter muda	X				
Melibatkan diri dalam diskusi dengan dokter muda yang baru saya kenal membuat saya tertekan dan cemas		X			
Saya merasa tenang dan santai ketika berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda		X			

Apabila skor jawaban responden di atas dimasukkan ke dalam rumus perhitungan dari McCroskey, maka hasil yang didapat adalah :

$$\text{Item 2} + \text{Item 4} + \text{Item 6} - \text{Item 1} - \text{Item 3} - \text{Item 5} + 18 =$$

$$(1 + 1 + 2) - (4 + 4 + 2) + 18 =$$

$$4 - 10 + 18 =$$

$$-6 + 18 = 12$$

Berdasarkan perhitungan di atas, responden yang bersangkutan mengalami *Communication Apprehension* (CA) pada tingkat yang rendah pada situasi komunikasi diskusi, karena nilai subskor yang diperoleh lebih kecil dari 18 ($12 < 18$).

Berdasarkan perhitungan seperti yang diuraikan di atas, selanjutnya untuk memperoleh total skor, hasil skor tiap subskor (situasi komunikasi) dijumlahkan semuanya, kemudian dapat ditemukan tingkat CA berdasarkan pada perhitungan skor sebagai berikut :

- Skor antara 83 – 120 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang tinggi
- Skor antara 55 – 83 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang sedang, dan
- Skor antara 24 – 55 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang rendah.

1.5.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah para dokter muda di Fakultas Kedokteran Umum Universitas Airlangga. Berdasarkan data yang diperoleh

peneliti, sampai tahun 2004 pada FKU Universitas Airlangga terdapat jumlah dokter muda sebanyak 200 orang.

Untuk penetapan jumlah sampel dokter muda yang akan digunakan pada penelitian ini digunakan perhitungan dengan presisi sebesar 10% dengan Rumus Yamane sebagai berikut :

$$\text{Rumus Yamane : } n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$$

Keterangan :

n = jumlah sample penelitian

N = jumlah populasi sample

d = presisi (10%) (Rakhmat, 1999:82)

Melalui formulasi Yamane di atas jumlah sampel yang didapat berdasarkan populasi yang ada adalah :

$$n = \frac{200}{200 \cdot (10\%)^2 + 1} = \frac{200}{200 \cdot (0.01) + 1} = \frac{200}{2 + 1} = \frac{200}{3}$$

= 67 orang

Selanjutnya dilakukan teknik penarikan sampel berdasarkan jumlah di atas. Untuk teknik penarikan sampel ini, dilakukan secara acak berdasarkan daftar nama-nama dokter muda yang ada, dimana untuk menentukan calon responden akan dilakukan pengundian nama terhadap 200 nama hingga didapatkan jumlah yang diinginkan sesuai dengan jumlah yang diinginkan sesuai perhitungan yaitu sebanyak 67 dokter muda.

I.5.4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan secara primer, yaitu melalui kuesioner dengan daftar pernyataan yang disusun secara berstruktur disertai beberapa alternatif pilihan yang dapat dipilih responden. Selain itu, pada beberapa responden dilakukan teknik probing agar dapat diperoleh jawaban secara lebih mendalam.

I.5.5. Teknik Analisis Data

Analisis dalam penelitian ini dilakukan secara deskriptif kuantitatif, yang hanya mendeskripsikan setiap variabel penelitian dan tanpa mencari hubungannya. Untuk analisis data, tahap awal yang dilakukan peneliti adalah mengkoleksi semua data yang telah berhasil diperoleh dalam lembar koding berdasarkan variabel-variabel yang dibuat. Tahap kedua adalah mengolah data tersebut melalui analisis dengan menggunakan tabel frekuensi. Tahap terakhir adalah menginterpretasikan data guna memperoleh jawaban dari permasalahan yang telah dirumuskan.

BAB II

KEGIATAN DOKTER MUDA PADA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

II.1. Program Pendidikan Dokter di Universitas Airlangga Surabaya

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga merupakan salah satu Fakultas Kedokteran terkemuka di kawasan Regional ASEAN, dimana lulusannya menguasai ilmu pengetahuan, metodologi dan teknologi kedokteran yang tinggi sehingga mampu menemukan, memahami, menjelaskan dan merumuskan cara penyelesaian masalah agar dapat diterapkan dalam kegiatan produktif dan pelayanan kepada masyarakat.

Untuk mencapai tujuannya maka pengembangan Fakultas kedokteran Universitas Airlangga berorientasi pada Pola Ilmiah Pokok (PIP) Universitas Airlangga, yaitu “Bina Potensi Sumber Daya Manusia (SDM) dan Lingkungan Hidup Manusia melalui pengembangan ilmu-ilmu kehayatan dan ilmu-ilmu sosial humaniora”. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga mempunyai mitra bestari yaitu RSUD Dr. Soetomo yang merupakan rumah sakit kelas A dan rumah sakit rujukan tertinggi untuk kawasan Timur Indonesia. Di RSUD Dr. Soetomo tersebut mahasiswa kedokteran mendapatkan pendidikan pada tingkat Sub Program III sampai Sub Program V. Program klinik yang dikembangkan bersama Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga antar lain Bedah Jantung Terbuka, Bedah Otak, Bedah Mikro, Cangkok

Ginjal, Kardiologi Intervensional, *Lineas Acceleration* untuk Terapi Kanker dan lain-lain. Program khusus yang diantaranya merupakan pusat pengembangan nasional adalah Pengendalian infeksi, Penggunaan Obat Secara Rasional, Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS), Perawatan Paliatif, dan lain-lain.

II.2. Program Pendidikan Dokter Muda di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Dalam program pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga tidak ditawarkan mata ajaran pilihan, semua mata ajaran bersifat wajib dan program pendidikan ini dilaksanakan melalui 5 sub program. Untuk memperoleh gelar sebagai dokter muda (DM), seorang mahasiswa harus dapat menyelesaikan beban studinya pada sub program 3. Seperti dituliskan pada ketentuan umum dari sub program III dalam “Buku Panduan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga” sebagai berikut :

1) Sub program III terdiri dari 2 semester yaitu pada semester 7 dan semester 8. Pada sub program ini diadakan kegiatan perkuliahan di rumah sakit yang dikenal dengan istilah *clerk*, yang mana bentuk kegiatan ini mengharuskan mahasiswa kedokteran ikut masuk ke dalam kamar pasien akan tetapi masih belum boleh berinteraksi dengan pasien (mereka hanya melihat saja ketika dokter senior/spesialis sedang menangani pasien yang bersangkutan). Dari hasil observasi ini, nantinya mahasiswa dapat mendiskusikannya secara berkelompok (antar mahasiswa) dengan dokter seniornya. Melalui kegiatan perkuliahan ini, diharapkan nantinya dapat diaplikasikan ketika mereka menjadi DM.

2) Beban studi sub program III adalah 43 SKS, meliputi mata kuliah :

- Semester 7 : ilmu penyakit dalam, ilmu kesehatan anak, ilmu penyakit saraf, ilmu penyakit jiwa, ilmu penyakit kulit dan kelamin, ilmu farmasi kedokteran, radiologi
- Semester 8 : ilmu bedah, ilmu kebidanan dan kandungan, ilmu penyakit THT, ilmu penyakit mata, ilmu kedokteran kehakiman, anesthesiologi, IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat)/KP (Kedokteran Pencegahan).

Sub program IV merupakan masa kepaniteraan klinik medik, dimana mahasiswa yang belajar pada sub program ini telah menggunakan sebutan Dokter Muda (DM). Kegiatan klinik medik dijalankan dengan rotasi kelompok kepaniteraan (*merry go round system*). Kegiatan Kurikulum yang diadakan pada sub program IV adalah kegiatan kurikuler meliputi 2 semester dengan bentuk pengalaman belajar kepaniteraan bentuk :

- a. Kegiatan belajar berupa pelajaran teori, meliputi response, diskusi kelompok mengenai “penanganan penderita” atau pendidikan yang menggunakan penderita (*bed side teaching*), seminar/penyajian makalah dan kerja praktek yang meliputi praktek khusus di laboratorium, widya wisata dan kerja lapangan, *guided self study* (GSS).
- b. Kepaniteraan di satu laboratorium ditempuh secara tuntas, yaitu pada akhir kepaniteraan telah dilakukan evaluasi akhir.

Pelaksanaan dan tempat dari kegiatan sub program IV mencakup :

1. Kepaniteraan dijalankan dengan system rotasi kelompok kepaniteraan

2. Kepaniteraan dilaksanakan di Fakultas Kedokteran, Rumah Sakit Dr. Soetomo, Rumah Sakit Jiwa Menur, Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan dan rumah sakit penunjang lainnya

Setelah menyelesaikan sub program IV, DM kemudian mengambil sub program V yang disebut masa kepaniteraan klinik bedah. Kegiatan kurikulum yang harus dilalui oleh DM meliputi 2 semester dengan bentuk pengalaman belajar kepaniteraan dan PBL. PBL (Pengalaman Belajar Lapangan) berupa kegiatan belajar di lapangan (masyarakat desa “rural” dan puskesmas) yang meliputi pengenalan medan, membuat diagnosis komunitas (*community diagnosis*), terapi komunitas (*community therapy*) dan evaluasi, meliputi :

- a. Kegiatan belajar berupa pelajaran teori, meliputi responsi, kegiatan diskusi kelompok mengenai “penanganan penderita” atau pendidikan yang menggunakan penderita (*bed side teaching*), seminar/penyajian makalah dan kerja praktek yang meliputi praktek khusus di laboratorium serta widya wisata, kerja lapangan dan *guided self study* (GSS).
- b. Kepaniteraan di satu laboratorium ditempuh secara tuntas, yaitu pada akhir kepaniteraan telah dilakukan evaluasi akhir.

Pelaksanaan dan tempat dari kegiatan sub program V mencakup :

1. Kepaniteraan dijalankan dengan system rotasi kelompok kepaniteraan
2. Kepaniteraan dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Soetomo, Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan, Rumah Sakit Mata Undaan serta rumah sakit yang mempunyai kerja sama dengan Fakultas Kedokteran Unair – RSU Dr. Soetomo

3. PKM dilaksanakan di rumah sakit kabupaten, puskesmas dan desa

Kegiatan kurikuler pada Sub program IV dan V ini pada dasarnya lebih menekankan pada tugas luar. Tugas luar ini merupakan salah satu tugas kegiatan DM yang wajib dilaksanakan DM dengan mengunjungi tempat-tempat di luar RSUD Dr. Soetomo dan baru didapatkan ketika DM sedang bertugas di bagian jiwa dan di bagian *obsgyn (obstetry and gynaecology)*. Lamanya masa kegiatan pada bagian jiwa adalah 2 hari di RSAL dan 2 minggu di RSJ Menur, sedangkan untuk bagian *obsgyn* adalah 2 minggu di RSAL, 1 minggu di RS Tambak Rejo atau 1 minggu di puskesmas Bendul Merisi.

Setelah DM menyelesaikan masa tugas di bagian *obsgyn*, bedah, anak dan interna, maka DM diperbolehkan mengikuti kegiatan IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat) dan CM (*Community Medicine*). Bentuk kegiatan dari IKM dan CM pada dasarnya adalah sama, yaitu berupa penelitian dan penyuluhan, dengan perincian :

1. Kegiatan IKM memakan waktu 2 bulan, dengan perhitungan :
 - 1 minggu kuliah di rumah sakit (*classical*)
 - 2 minggu kunjungan ke instansi-instansi puskesmas di Surabaya
 - 2 minggu kunjungan ke instansi-instansi (Badan Pengawasan Obat dan Makanan, PDAM, Museum Kesehatan)
 - 1 minggu kunjungan ke Lembaga Penelitian Masyarakat di Lawang
 - 2 minggu ujian
2. Kegiatan CM memakan waktu 1 bulan, dengan perhitungan :
 - 1 minggu kunjungan ke instansi-instansi puskesmas di Surabaya

- 3 minggu kunjungan ke instansi-instansi puskesmas di Jombang

Pada kegiatan IKM dan CM ini, setiap kali DM selesai melakukan penelitian dan penyuluhan mereka diwajibkan membuat laporan. Khusus untuk penyuluhan yang dilakukan oleh DM, pada kegiatan IKM penyuluhan juga dilaksanakan di hadapan para bidan puskesmas dan pada kegiatan CM, penyuluhan juga dilaksanakan di hadapan warga di sekitar puskesmas di Daerah Jombang.

Bentuk kegiatan penyuluhan lainnya yang harus dilakukan oleh DM adalah mereka diwajibkan mengadakan penyuluhan di RSUD Dr. Soetomo ketika bertugas di bagian anak-anak (*Pediatry*), dimana kegiatan ini dilaksanakan pada saat DM bertugas di Poli Tumbuh Kembang dan DM harus memberikan penyuluhan di hadapan orang tua para pasiennya.

Para DM juga diperbantukan pada PPDS (Program Pendidikan Dokter Spesialis), dimana pada setiap bagian spesialis DM mendapatkan jatah tugas jaga. Maksud dari tugas jaga ini adalah mereka (terdiri dari 2 DM) bertugas untuk *stay* (dari siang hingga pagi hari) di suatu ruangan (poliklinik) yang terdapat beberapa pasien yang sedang menjalani rawat inap. Pada saat tugas jaga mereka didampingi oleh 1 orang dokter PPDS (dokter yang tengah menjalani PPDS), dan keesokan harinya DM diharuskan membuat *morning report* (laporan pagi hari) untuk nantinya dipresentasikan di depan dokter senior dan DM lainnya yang juga bertugas pada bagian tersebut.

BAB III

ANALISIS DAN INTERPRETASI DATA

Bab III dalam penelitian ini merupakan bagian yang menganalisis serta membahas data yang diperoleh peneliti selama dilakukannya penelitian. Analisis data dalam bab ini merupakan penggambaran dari hasil proses data primer (kuesioner) yang telah dimasukkan dalam *coding form* pada SPSS 10 for Windows. Untuk menunjang hasil analisis dari data primer ini, peneliti juga menggunakan data sekunder.

Bentuk dari analisis data dalam bab ini, akan digambarkan sesuai dengan urutan dalam kuesioner penelitian, yang meliputi : (1) Identitas responden, yaitu Dokter Muda (DM) yang menjadi subyek dalam penelitian ini dan (2) Tingkat *Communication Apprehension* (CA) pada DM yang meliputi 4 situasi komunikasi yaitu : diskusi, responsi, komunikasi dengan pasien, dan penyuluhan. Analisis data yang diperoleh di atas, akan dilakukan melalui tabel frekuensi dan pada pembacaan tabel nantinya, peneliti juga akan melakukan interpretasi atas data yang dianalisis pada tabel frekuensi tersebut.

III.1. Identitas Responden

Gambaran dari identitas responden (DM) dalam kuesioner penelitian mencakup jenis kelamin, usia, asal daerah, pengeluaran per bulan, lamanya responden menjadi seorang DM dan penempatan bagian DM saat ini pada suatu bagian klinis.

Keseluruhan gambaran dari identitas responden, dianalisis ke dalam tabel-tabel frekuensi di bawah ini :

Tabel III.1. Jenis Kelamin Responden (n=67)

No	Jenis Kelamin	F	%
1	Laki-laki	32	47,8
2	Perempuan	35	52,2
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.3

Tabel III.1 menunjukkan dari 67 orang DM yang menjadi responden dalam penelitian ini, 32 orang (47,8 %) adalah DM dari jenis kelamin laki-laki dan sisanya sebanyak 35 orang (52,2 %) adalah DM dari jenis kelamin perempuan. Analisis data pada tabel di atas, tidak semata-mata menunjukkan bahwa program pendidikan kedokteran di Universitas Airlangga cenderung disukai oleh perempuan ketimbang laki-laki atau jumlah DM di Universitas Airlangga lebih banyak jenis kelamin perempuan ketimbang laki-laki, akan tetapi secara kebetulan melalui teknik penarikan sampling yang dilakukan oleh peneliti di sini, secara kebetulan menemukan jumlah DM yang berjenis kelamin perempuan terambil secara lebih banyak bila dibandingkan dengan DM dari jenis kelamin laki-laki.

Tabel III.2. Usia Responden (n=67)

No	Usia Responden	F	%
1	20 - 24 tahun	59	88,1
2	25 - 29 tahun	8	11,9
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.4

Pertanyaan untuk usia responden dalam kuesioner penelitian ini dilakukan secara terbuka sehingga responden langsung mengisinya tanpa perlu memperhatikan pilihan-pilihan jawaban yang tersedia. Melalui proses seleksi data ditemukan bahwa usia termuda dari responden adalah 20 tahun dan tertua adalah 28 tahun. Agar pembuatan tabel frekuensi menjadi lebih ringkas, peneliti membagi rentang usia antara 20 tahun – 28 tahun menjadi dua jenjang, yaitu usia 20 tahun – 24 tahun dan usia 25 tahun – 29 tahun. Dimasukkannya angka 29 di sini tidak lebih hanya sebagai penyeimbang masing-masing jarak.

Berdasarkan analisis data pada tabel III.2 di atas menunjukkan bahwa dari 67 DM yang menjadi responden dalam penelitian ini, secara keseluruhan didominasi oleh mereka yang berusia antara 20 – 24 tahun, yaitu dengan jumlah sebesar 59 orang (88,1 %), sedangkan sisanya sebanyak 8 orang (11,9 %) adalah mereka yang berusia antara 25 – 29 tahun.

Berdasarkan usia, dengan melihat gambaran data pada tabel di atas dapat dikatakan bahwa responden dalam penelitian ini merupakan individu-individu yang berusia produktif, dimana mereka masih melakukan aktivitas seperti bekerja ataupun belajar, dalam artian apa yang mereka lakukan akan berguna bagi kehidupan mereka. Melalui gambaran usia dari responden dalam tabel III.2. di atas dapat pula dikatakan bahwa mayoritas individu dalam penelitian ini berada dalam masa usia dewasa dini. Masa dewasa dini ini dijelaskan oleh Hurlock dimulai pada umur 18 tahun sampai kira-kira umur 40 tahun, saat perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Masa dewasa dini merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-

pola kehidupan baru dan harapan-harapan sosial baru. Orang dewasa muda diharapkan memainkan peran baru, seperti peran suami/istri, orang tua, dan pencari nafkah, dan mengembangkan sikap-sikap baru, keinginan-keinginan dan nilai-nilai baru sesuai dengan tugas-tugas baru ini (Hurlock, 1997:246).

Satu hal yang perlu digarisbawahi di sini adalah program pendidikan kedokteran di Universitas Airlangga Surabaya tidak mengenal sistem DO (*drop out*) bagi dokter mudanya, dan sistem ini hanya berlaku pada mahasiswa kedokteran sebelum mahasiswa menjadi DM (dokter muda). Dalam program pendidikannya sebagai DM juga dikenal istilah *yudicium* untuk menentukan lulus tidaknya seorang DM dalam suatu ujian. Misalnya DM dinyatakan gagal pada saat *yudicium* dikarenakan tidak lulus pada saat ujian utama di suatu bagian (contohnya : bagian bedah), maka DM yang bersangkutan diwajibkan kembali mengulang ke bagian dimana dia gagal (bedah) dan tinggal di sana selama setengah periode (di bagian bedah tiap DM wajib tinggal selama 10 minggu pada umumnya, namun jika DM tersebut mengulang ke bagian bedah, maka dia hanya tinggal di sana selama 5 minggu). Setelah DM yang bersangkutan selesai mengulang di bagian tadi (bedah) maka DM dapat melakukan perbaikan, sampai dia lulus. Jika hal ini dikaitkan dengan rentang usia yang tinggi pada DM dalam penelitian ini (20 tahun – 28 tahun), maka dapat saja DM yang berusia antara 25 – 29 tahun adalah para DM yang sedang mengulang ujian guna memperoleh *yudicium*.

Tabel III.3. Asal Daerah (n=67)

No	Asal Daerah	F	%
1	Surabaya	41	61,2
2	Luar Surabaya	26	38,8
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.5

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga merupakan salah satu fakultas kedokteran yang cukup terkenal di kawasan ASEAN, sudah barang tentu mahasiswa yang belajar di sana akan datang dari berbagai daerah. Atas dasar inilah analisis dari asal daerah DM di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dilakukan. Berdasarkan temuan data yang dianalisis pada tabel III.3 di atas, dapat dilihat bahwa dari 67 DM yang menjadi responden dalam penelitian ini, 41 DM (61,2 %) berasal dari Surabaya dan sisanya sebesar 26 DM (38,8 %) berasal dari luar Surabaya.

Temuan data juga menunjukkan ternyata dari 26 DM yang berasal dari luar Surabaya, secara keseluruhan mereka masih berasal dari Pulau Jawa, dan beberapa dari mereka berasal dari Kalimantan, Sumatera, dan Bali.

Tabel III.4. Pengeluaran per bulan (n=67)

No	Pengeluaran per bulan	F	%
1	< Rp. 500.000,00	27	40,3
2	Rp. 500.000,00 - < Rp. 1.000.000,00	37	55,2
3	Rp. 1.000.000,00 - < Rp. 1.500.000,00	3	4,5
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.6

Tabel III.4 di atas menggambarkan bahwa pengeluaran terbesar dari DM untuk setiap bulannya yang terbesar ada pada kisaran Rp. 500.000,00 - < Rp. 1.000.000,00 dengan jumlah responden sebesar 37 orang (55,2 %), yang kedua pada kisaran < Rp. 500.000,00 dengan jumlah 27 orang (40,3 %) dan DM yang mempunyai pengeluaran dengan kisaran Rp. 1.000.000,00 - < Rp. 1.500.000,00 terdapat sebanyak 3 orang (4,5 %). Berdasarkan besarnya pengeluaran ini, dapat dikatakan bahwa DM yang menjadi responden dalam penelitian ini, hampir secara keseluruhan mempunyai tingkat pengeluaran yang kecil dan hal ini dianggap peneliti wajar bila mengingat mereka masih dalam status bersekolah dan belum mempunyai pekerjaan yang dapat menghasilkan uang.

Tabel III.5. Lama menjadi DM (n=67)

No	Lama Menjadi DM	F	%
1	1 – 3 bulan	28	41,8
2	> 3 bulan – 6 bulan	-	0
3	Lebih dari 6 bulan	39	58,2
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.7

Untuk ukuran lama menjadi DM di Universitas Airlangga ini, dalam kuesioner penelitiannya peneliti membagi tingkat lamanya seorang responden menjadi DM ke dalam 3 jenjang, seperti yang terlihat pada tabel di atas. Berdasarkan gambaran tabel III.5 di atas, dapat diketahui bahwa secara umum DM yang menjadi responden dalam penelitian ini menyatakan telah lebih dari 6 bulan menjadi DM yaitu sebesar 39 orang (58,2 %). Sisanya sebanyak 28 orang

(41,8 %) telah menjadi DM selama 1 – 3 bulan dan tidak ada responden yang menjadi DM selama kurang dari 3 bulan – 6 bulan dalam penelitian ini.

Banyaknya responden yang telah menjadi Dokter Muda selama lebih dari 6 bulan dalam penelitian menandakan bahwa responden dalam penelitian ini adalah para DM yang paling tidak telah lama menggeluti dunia kedokteran sekalipun masih pada tahapan dokter muda

Tabel III.6. Penempatan Bagian Saat ini (n=67)

No	Penempatan Bagian Saat ini	F	%
1	Kandungan	18	26,9
2	Bedah	8	11,9
3	Internal	9	13,4
4	Kulit dan Kelamin	6	9,0
5	Jiwa	19	28,4
6	Radiologi	6	9,0
7	Anastesi	1	1,5
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. A.8

Tabel III.6 di atas menggambarkan penempatan DM pada bagian tertentu di klinik. Melalui analisis data di atas, dapat diketahui bahwa bagian yang saat ini banyak ditempati oleh DM yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah pada bagian jiwa yaitu dengan jumlah responden sebanyak 19 orang (28,4 %). Sedangkan bagian terbesar kedua adalah bagian kandungan dengan jumlah DM yang menjadi responden dalam penelitian ini sebesar 18 orang (26,9 %).

Untuk bagian-bagian lainnya adalah, DM yang ditempatkan pada bagian interna terdapat sebanyak 9 orang (13,4 %), DM yang ditempatkan pada bagian

kulit dan kelamin serta radiologi terdapat masing-masing 6 DM (9,0 %). Yang paling sedikit adalah penempatan DM pada bagian anastesi, dimana pada bagian ini hanya terdapat 1 DM (1,5 %).

Gambaran analisis data pada tabel di atas sebenarnya juga dapat menunjukkan keberagaman penempatan dokter muda pada bagian-bagian tertentu di rumah sakit dan tidak menutup kemungkinan bagian-bagian tersebut adalah bagian yang akan mereka ambil sebagai spesialisasi mereka pada saat mereka menjadi dokter nantinya. Jumlah responden pada bagian-bagian di atas juga tidak serta merta menunjukkan bahwa mereka baru saja ditempatkan di bagian tersebut, dapat saja beberapa orang dokter muda yang ditempatkan di bagian ini adalah para dokter mudad yang sedang mengulang untuk ujian pada bagian ini (DM yang sedang menjalani prosus/program khusus).

III.2. Tingkat *Communication Apprehension* (CA) pada Dokter Muda di Universitas Airlangga Surabaya

Untuk menggambarkan bagaimana tingkat CA yang dialami oleh para DM Universitas Airlangga, peneliti menggambarkannya melalui 4 situasi komunikasi yaitu : (1) situasi komunikasi diskusi; (2) situasi komunikasi responsi; (3) situasi komunikasi dengan pasien, dan (4) situasi komunikasi penyuluhan.

Tabel III.7. Tingkat *Communication Apprehension* pada Situasi Diskusi (n=67)

No	Tingkat CA	F	%
1	RENDAH	55	82,1
2	SEDANG	1	1,5
3	TINGGI	11	16,4
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. B1-B6

Tabel III.7 menunjukkan bahwa dalam situasi diskusi antar dokter muda (DM), hanya satu orang DM yang mengalami *communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang sedang/normal. Sedangkan 11 DM mengalami CA dengan tingkat yang tinggi dan 55 DM mengalami CA dengan tingkat yang rendah.

Kegiatan diskusi antara dokter muda, merupakan kegiatan yang melibatkan interaksi antar dokter muda yang dilakukan secara informal, misalnya dalam mendiskusikan keadaan pasien yang satu dengan pasien lainnya. Melalui kegiatan yang dilakukan antar mereka sendiri, akan diketahui oleh mereka siapa-siapa saja individu yang superior, submisif atau yang biasa saja.

Temuan data pada tabel di atas juga menunjukkan bahwa secara keseluruhan, para DM mempunyai CA dalam tingkat yang rendah untuk situasi diskusi, sehingga para DM yang mengalami CA dengan tingkat yang tinggi (terdapat 11 orang DM) dalam situasi diskusi, secara umum dapat digolongkan sebagai individu yang kurang mempunyai kepercayaan diri dalam kegiatan diskusi. Kurangnya kepercayaan diri yang mereka miliki untuk kegiatan ini memungkinkan mereka cenderung untuk menjadi submisif. Hal-hal yang

memungkinkan mereka untuk cenderung menarik diri dalam kegiatan diskusi ini dapat saja karena mereka masih tergolong muda sebagai dokter muda dalam penempatan di bagian tertentu dan harus berhadapan dengan senior-seniornya (mahasiswa kedokteran dari angkatan yang lebih tua) yang sedang menjalani program khusus.

Tabel III.8. Tingkat *Communication Apprehension* pada Situasi Responsi (n=67)

No	Tingkat CA	F	%
	RENDAH	44	65,7
	SEDANG	7	10,4
	TINGGI	16	23,9
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner B7 – B12

Tabel III.8 menunjukkan dalam situasi responsi, terdapat 16 orang DM yang mengalami *communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang tinggi. Sedangkan sisanya yaitu 7 orang DM mengalami CA dengan tingkat yang sedang dan 44 orang DM mengalami CA dengan tingkat yang rendah.

Kegiatan responsi ini merupakan kegiatan semacam diskusi di kalangan para dokter (gabungan antara presentasi dan tanya jawab) dengan tujuan membahas kasus pasien (biasanya pasien rawat inap). Kegiatan ini dilaksanakan secara formal dan bahkan diawasi oleh dokter senior, dimana diskusi ini dilakukan untuk membahas suatu kasus dalam poliklinik di suatu bagian sebanyak satu kali. Format responsi adalah kelompok yang terdiri dari 2 orang dokter muda harus

mempresentasikan hasil poliklinik di hadapan satu orang dokter spesialis dan sesama DM yang tengah bertugas di poliklinik bersangkutan.

Melalui kegiatan ini, seorang dokter pengawas (dokter senior) akan mengetahui sejauh mana para DM menguasai materi yang telah diberikan baik selama di perkuliahan maupun di lapangan. Rendahnya angka tingkat CA yang dialami oleh para DM dalam situasi responsi seperti digambarkan melalui analisis tabel III.8 di atas mengindikasikan bahwa pada dasarnya para DM secara umum mampu menguasai materi yang telah diberikan ataupun situasi yang mereka hadapi di lapangan, dalam artian mereka adalah DM yang telah mampu beradaptasi terhadap situasi responsi.

Tabel III.9. Tingkat *Communication Apprehension* pada Situasi Percakapan dengan Pasien (n=67)

No	Tingkat CA	F	%
1	RENDAH	64	95,5
2	SEDANG	1	1,5
3	TINGGI	2	3,0
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner B13 – B18

Tabel III.9 menunjukkan bahwa dalam situasi percakapan dengan pasien, hanya terdapat 1 orang DM yang mengalami *communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang sedang. Sedangkan sisanya yaitu 2 orang DM mengalami CA dengan tingkat yang tinggi dan 64 orang DM mengalami CA dengan tingkat yang rendah.

Situasi komunikasi dimana terjadi percakapan antara dokter muda dengan pasien baru dan ataupun pasien rawat inap (misalnya kegiatan untuk membuat pre-diagnosis ataupun anamnesa), merupakan kegiatan dimana DM berusaha mengetahui keadaan pasien yang ditanganinya. Di sini akan dituntut kemampuan para DM untuk mengenal catatan kesehatan pasien yang ditanganinya, sehingga pada akhirnya para DM mengetahui keadaan kesehatan pasien melalui serangkaian diagnosis yang dibuatnya.

Kemampuan para DM untuk melakukan komunikasi interpersonal dengan pasien ini tentu saja menuntut kemampuan seorang DM dalam membawa dirinya secara profesional, karena dalam hubungan antara dokter dengan pasien, situasi yang terjadi adalah dokter berposisi sebagai penyembuh bagi pasien, sehingga secara tidak langsung pun pasien akan menilai kemampuan seorang DM melalui interaksi yang mereka lakukan.

Hasil analisis data yang digambarkan melalui tabel III.9 di atas menunjukkan bahwa hampir seluruh DM mengalami CA dengan tingkat yang rendah dalam situasi komunikasi dimana mereka harus melakukan percakapan dengan pasien. Rendahnya angka CA ini mengindikasikan para DM telah menyadari kemampuan untuk mengenali pasien sangatlah penting dalam profesi mereka, sehingga interaksi dengan pasien menjadi syarat yang mutlak untuk hal ini.

Tabel III.10. Tingkat *Communication Apprehension* pada Situasi Penyuluhan (n=67)

No	Tingkat CA	F	%
1	RENDAH	45	67,2
2	SEDANG	4	6,0
3	TINGGI	18	26,9
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner no. B19 – B24

Tabel III.10 menunjukkan bahwa dalam situasi penyuluhan, terdapat 4 orang dokter muda yang mengalami *communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang sedang. Sedangkan sisanya yaitu 18 orang dokter muda mengalami CA dengan tingkat yang tinggi dan 45 orang dokter muda mengalami CA dengan tingkat yang rendah.

Pada kegiatan penyuluhan ini akan dituntut kemampuan seorang dokter dalam menjelaskan kepada pasien atau masyarakat tentang pentingnya suatu kesehatan pada lingkungan sosial mereka. Kegiatan ini umumnya terjadi pada saat dokter muda diterjunkan di rumah sakit (puskesmas) kabupaten, ataupun pada poliklinik tumbuh kembang di rumah sakit dimana para DM belajar.

Hasil analisis data yang digambarkan melalui tabel III.10 di atas menunjukkan bahwa mayoritas DM mengalami CA dalam situasi penyuluhan dengan tingkat yang rendah, akan tetapi tidak sedikit pula para DM yang mengalami CA dalam situasi komunikasi ini dengan tingkat yang tinggi. Bahkan dari keempat situasi komunikasi yang memungkinkan terjadinya CA dalam

tingkatan yang tinggi, maka dalam situasi penyuluhan inilah ditemukan frekuensi terbesar dari dokter muda yang mengalami tingkat CA yang tinggi (18 orang)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, kemungkinan para dokter muda untuk mengalami CA dengan tingkat yang tinggi pada situasi penyuluhan dapat saja terjadi, karena para DM yang mengalami CA dengan tingkat yang tinggi ini merupakan DM yang untuk pertama kalinya diterjunkan dalam kegiatan penyuluhan di puskesmas/rumah sakit kabupaten.

Melalui kegiatan penyuluhan yang harus mereka diberikan di puskesmas/rumah sakit kabupaten ini mereka akan dihadapkan berbagai macam situasi yang mungkin tidak menguntungkan bagi mereka, misalnya adanya kendala bahasa, ataupun situasi yang berbeda dengan situasi yang mereka hadapi bila mereka memberikan penyuluhan di rumah sakit seperti biasanya. Sedangkan bagi mereka yang mengalami CA dalam tingkat yang rendah untuk situasi penyuluhan ini, dapat saja mereka adalah para DM yang memberikan penyuluhan di RSUD Dr. Soetomo (pada poli tumbuh kembang), sehingga mereka merasa nyaman memberikan penyuluhan kepada pasien, karena mereka seperti melakukan pemberian materi di rumah sendiri.

**Tabel III.11. Tingkat *Communication Apprehension*
Dokter Muda (n=67)**

No	Tingkat CA	F	%
1	RENDAH	33	49,3
2	SEDANG	34	50,7
3	TINGGI	-	0
Total		67	100,0

Sumber data : kuesioner B1 – B24

Untuk mengetahui bagaimana tingkat *communication Apprehension* (CA) yang dialami oleh dokter muda secara keseluruhan, maka masing-masing hasil dari subskor dijumlahkan, kemudian hasil dari penjumlahan ini dengan menggunakan rumus dari McCroskey dapat diketahui bagaimana tingkat CA yang dialami oleh DM. Adapun tingkatan dari CA yang dimaksud oleh McCroskey berikut skornya adalah :

- Skor antara 83 – 120 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang tinggi
- Skor antara 55 – 83 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang sedang, dan
- Skor antara 24 – 55 menunjukkan tingkat CA (*Communication Apprehension*) yang rendah.

Melalui perhitungan di atas, hasil analisis data yang didapatkan oleh peneliti mengenai tingkat CA yang dialami oleh DM Universitas Airlangga adalah 34 orang DM (50,7 %) mengalami CA dalam tingkat yang sedang, 33 orang DM (49,3 %) mengalami CA dalam tingkat yang rendah, dan tidak ada seorang pun DM yang mengalami CA dengan tingkat yang tinggi.

Adanya temuan data yang digambarkan melalui tabel II.11 di atas juga menunjukkan bahwa secara umum CA yang dialami oleh DM yang menjadi subyek dalam penelitian ini berada pada tingkatan yang normal (sedang), dan hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan oleh DeVito bahwa setiap manusia pasti akan mengalami *Communication Apprehension* (CA) dalam tingkat yang berbeda (DeVito, 1998:159).

Tidak adanya DM yang mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang tinggi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa para DM sadar bahwa profesi kedokteran yang tengah mereka gelutinya saat ini benar-benar penting bagi kelangsungan hidup manusia, sehingga mereka merasa perlu untuk mengatasi CA yang kemungkinan terjadi pada mereka, terlebih kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan oleh DM juga menuntut frekuensi, intensitas dan keterlibatan individu dalam suatu transaksi komunikasi secara penuh. Hal ini tentu saja tidak mungkin dihindari oleh para DM, karena kegagalan yang mereka alami dalam salah satu situasi komunikasi justru akan merugikan posisi profesi mereka.

DeVito mengatakan bahwa individu-individu dengan tingkat kecemasan yang tinggi cenderung menghindari situasi komunikasi, dan jika terpaksa, maka mereka akan berpartisipasi sesedikit mungkin. Keengganan berkomunikasi ini sendiri tampak dalam berbagai bentuk. Misalnya, diantara mereka yang mempunyai tingkat kecemasan tinggi ditemukan rendahnya keinginan untuk berkomunikasi, menjadi melawan, dan bekerja dengan merasa tersiksa, dibandingkan mereka yang mempunyai tingkat kecemasan yang rendah (DeVito, 1998:94).

Hasil analisis data pada tabel III.11 menggambarkan bahwa tidak adanya CA yang dialami oleh para DM pada tingkatan yang tinggi secara tidak langsung mengindikasikan bahwa situasi komunikasi yang mereka hadapi sebagai DM merupakan bentuk awal dari keadaan yang akan mereka hadapi jika mereka telah menjadi dokter sepenuhnya, sehingga para DM cenderung untuk melawan kecemasan-kecemasan yang mereka hadapi pada setiap komunikasi.

Pada analisis selanjutnya, di sini peneliti juga melakukan analisis tabel silang untuk mengetahui lamanya seorang responden menjadi DM dengan keempat situasi komunikasi yang mereka hadapi dan tingkat CA yang mereka alami secara keseluruhan.

Tabel III.12.

Tabel Silang antara Tingkat *Communication Apprehension* DM pada Situasi Diskusi dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)

No	Lama menjadi DM	Tingkat CA pada Situasi Diskusi			Total
		R	S	T	
1	1 - 3 bulan	24	0	4	28
2	> 3 bulan – 6 bulan	0	0	0	0
3	Lebih dari 6 bulan	31	1	7	39
Total		55	1	11	67

Sumber data : kuesioner A8 dan B1 – B6

Penggambaran dari Tabel III.12 menunjukkan bahwa para DM yang telah menjalani status barunya ini selama 1 – 3 bulan dan mengalami tingkat CA yang rendah dalam situasi diskusi terdapat sebanyak 24 orang, sedangkan mereka yang mengalami CA dalam tingkat yang tinggi pada situasi diskusi ini terdapat sebanyak 4 orang, serta tidak ada seorang pun DM yang mengalami CA dalam tingkat yang sedang. Analisis tabel silang di atas juga menunjukkan bahwa tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA pada lama mereka berprofesi sebagai DM selama kurang dari 3 bulan sampai 6 bulan dalam situasi diskusi. Hal ini disebabkan karena tidak adanya responden DM yang telah menyanggah status baru itu selama kurun waktu yang dimaksud.

Tabel silang di atas juga menggambarkan adanya 39 responden yang telah menyangang status baru mereka sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan. Dari jumlah 39 orang DM ini, didapat analisis data yang berkaitan dengan lama mereka berprofesi sebagai DM dengan tingkat CA yang mereka alami melalui situasi diskusi, yaitu 31 orang DM mengalami CA dalam situasi diskusi pada tingkat yang rendah, 1 orang DM mengalami CA dalam situasi diskusi pada tingkat yang sedang, dan 7 orang DM mengalami CA pada tingkat yang tinggi dalam situasi diskusi.

Tingkat CA yang rendah dalam situasi diskusi yang dialami DM seperti digambarkan pada tabel di atas mengindikasikan bahwa situasi komunikasi ini pada dasarnya penting bagi mereka. Adapun angka-angka dari para DM yang mempunyai tingkat CA yang tinggi pada situasi diskusi seperti digambarkan pada tabel di atas dapat pula mengindikasikan bahwa para DM yang berada pada tingkatan ini kurang begitu tertarik dengan diskusi yang dilakukan. Misalnya para DM yang lebih senior yang sedang menjalani program khusus merasa tidak perlu untuk melakukan diskusi karena merasa sudah menguasai materi yang pernah diberikan, sehingga dia cukup mengkonsentrasikan kegiatannya saat itu untuk agar lulus ujian.

Tabel III.13.

Tabel Silang antara Tingkat *Communication Apprehension* DM pada Situasi Responsi dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)

No	Lama menjadi DM	Tingkat CA pada Situasi Responsi			Total
		R	S	T	
1	1 - 3 bulan	19	2	7	28
2	> 3 bulan – 6 bulan	0	0	0	0
3	Lebih dari 6 bulan	25	5	9	39
Total		44	7	16	67

Sumber data : kuesioner A8 dan B7 – B12

Penggambaran dari Tabel III.13 menunjukkan bahwa para DM yang telah menjalani status barunya ini selama 1 – 3 bulan dan mengalami tingkat CA yang rendah dalam situasi responsi terdapat sebanyak 19 orang, sedangkan mereka yang mengalami CA dalam tingkat yang sedang pada situasi diskusi ini terdapat sebanyak 2 orang, dan terdapat pula 7 orang DM yang mengalami CA dalam tingkat yang tinggi pada situasi responsi.

Analisis tabel silang di atas juga menunjukkan bahwa tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA pada lama mereka berprofesi sebagai DM selama kurang dari 3 bulan sampai 6 bulan pada situasi responsi. Hal ini disebabkan karena tidak adanya responden DM yang telah telah menyandang status baru itu selama kurun waktu yang dimaksud.

Tabel silang di atas juga menggambarkan adanya 39 responden yang telah menyandang status baru mereka sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan. Dari jumlah 39 orang DM ini, didapat analisis data yang berkaitan dengan

lama mereka berprofesi sebagai DM dengan tingkat CA yang mereka alami melalui situasi responsi, yaitu 25 orang DM mengalami CA dalam situasi diskusi pada tingkat yang rendah, 5 orang DM mengalami CA dalam situasi responsi pada tingkat yang sedang, dan 9 orang DM mengalami CA pada tingkat yang tinggi dalam situasi responsi.

Pada analisis data sebelumnya digambarkan bahwa situasi responsi memungkinkan dokter senior (dokter pengawas) dapat mengetahui kemampuan DM baik secara materi maupun praktek yang selama ini telah mereka dapatkan. Lamanya mereka berprofesi sebagai DM juga mempengaruhi CA mereka dalam menghadapi responsi. Dalam tabel III.13 di atas dapat dilihat bahwa jumlah DM yang telah lama mendapatkan profesinya itu cenderung mengalami tingkat CA yang rendah dalam situasi responsi, hal ini berbeda dengan para DM yang baru mendapatkan profesi ini.

Hal lain yang perlu digarisbawahi di sini adalah, kegiatan responsi menggunakan format berkelompok, dimana kelompok responsi ini terdiri dari 2 orang dokter muda yang harus mempresentasikan hasil poliklinik di hadapan satu orang dokter spesialis dan sesama DM yang tengah bertugas di poliklinik bersangkutan. Adanya kegiatan ini, tentunya menuntut kerja sama antar dua orang DM dengan baik sehingga didapatkan hasil presentasi yang memuaskan. Adanya CA dalam situasi responsi yang terjadi pada DM dapat saja disebabkan mereka tidak mendapatkan rekanan yang sesuai dengan keinginan mereka (misalnya salah satunya secara akademis lebih menonjol ketimbang yang lain atau dapat saja salah satunya dianggap lebih senior karena mengulang salah satu mata kuliah), sehingga

kerja sama yang mereka lakukan dapat menjadi kendala tersendiri dan pada akhirnya menimbulkan CA di kalangan DM pada situasi responsi.

Tabel III.14.

Tabel Silang antara Tingkat *Communication Apprehension* DM pada Situasi Percakapan dengan Pasien dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)

No	Lama menjadi DM	Tingkat CA pada Situasi Percakapan dengan Pasien			Total
		R	S	T	
1	1 - 3 bulan	26	0	2	28
2	> 3 bulan – 6 bulan	0	0	0	0
3	Lebih dari 6 bulan	38	1	0	39
Total		64	1	2	67

Sumber data : kuesioner A8 dan B13 – B18

Penggambaran dari Tabel III.14 menunjukkan bahwa para DM yang telah menjalani status barunya ini selama 1 – 3 bulan dan mengalami tingkat CA yang rendah dalam situasi diskusi terdapat sebanyak 26 orang, sedangkan mereka yang mengalami CA dalam tingkat yang tinggi pada situasi percakapan dengan pasien ini terdapat sebanyak 2 orang, serta tidak ada seorang pun DM yang mengalami CA dalam tingkat yang sedang.

Analisis tabel silang di atas juga menunjukkan bahwa tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA pada lama mereka berprofesi sebagai DM selama kurang dari 3 bulan sampai 6 bulan pada situasi percakapan dengan pasien. Hal ini disebabkan karena tidak adanya responden DM yang telah telah menyandang status baru itu selama kurun waktu yang dimaksud.

Tabel silang di atas juga menggambarkan adanya 39 responden yang telah menyangang status baru mereka sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan. Dari jumlah 39 orang DM ini, didapat analisis data yang berkaitan dengan lama mereka berprofesi sebagai DM dengan tingkat CA yang mereka alami melalui situasi percakapan dengan pasien, yaitu 38 orang DM mengalami CA dalam situasi percakapan dengan pasien pada tingkat yang rendah, 1 orang DM mengalami CA dalam situasi percakapan dengan pasien pada tingkat yang sedang, dan tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA pada tingkat yang tinggi dalam situasi percakapan dengan pasien.

Melalui analisis tabel silang di atas dapat dikatakan bahwa hampir seluruh DM yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak mengalami CA yang begitu berarti dalam situasi percakapan dengan pasien, dalam artian para DM yang menjadi responden dalam penelitian ini dianggap benar-benar kapabel dalam melakukan interaksi dengan pasiennya baik itu pasien yang baru ataupun pasien rawat inap. Lamanya seorang DM menjabat profesi ini juga mempengaruhi CA mereka dalam situasi percakapan dengan pasien, dalam tabel di atas dapat dilihat bahwa seorang DM yang telah lama menjabat profesi ini cenderung untuk mempunyai tingkat CA yang rendah dalam situasi percakapan dengan pasien, hal ini disebabkan telah terbiasanya mereka berhadapan dengan pasien sesuai dengan lamanya mereka menjadi dokter muda.

Tabel III.15.

Tabel Silang antara Tingkat *Communication Apprehension* DM pada Situasi Penyuluhan dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)

No	Lama menjadi DM	Tingkat CA pada Situasi Penyuluhan			Total
		R	S	T	
1	1 - 3 bulan	22	0	6	28
2	> 3 bulan – 6 bulan	0	0	0	0
3	Lebih dari 6 bulan	23	4	12	39
Total		45	4	18	67

Sumber data : kuesioner A8 dan B19 – B24

Penggambaran dari Tabel III.15 menunjukkan bahwa para DM yang telah menjalani status barunya ini selama 1 – 3 bulan dan mengalami tingkat CA yang rendah dalam situasi penyuluhan terdapat sebanyak 22 orang, sedangkan mereka yang mengalami CA dengan tingkat yang tinggi pada situasi penyuluhan ini terdapat sebanyak 6 orang, serta tidak ada seorang pun DM yang mengalami CA dalam tingkat yang sedang. Analisis tabel silang di atas juga menunjukkan bahwa tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA pada lama mereka berprofesi sebagai DM selama kurang dari 3 bulan sampai 6 bulan pada situasi penyuluhan. Hal ini disebabkan karena tidak adanya responden DM yang telah telah menyandang status baru itu selama kurun waktu yang dimaksud.

Tabel silang di atas juga menggambarkan adanya 39 responden yang telah menyandang status baru mereka sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan. Dari jumlah 39 orang DM ini, didapat analisis data yang berkaitan dengan lama mereka berprofesi sebagai DM dengan tingkat CA yang mereka alami

melalui situasi penyuluhan, yaitu 23 orang DM mengalami CA dalam situasi penyuluhan pada tingkat yang rendah, 4 orang DM mengalami CA dalam situasi penyuluhan pada tingkat yang sedang, dan 7 orang DM mengalami CA dengan tingkat yang tinggi dalam situasi penyuluhan.

Melalui gambaran dari tabel silang III.15 di atas dapat dilihat di sini bahwa secara umum para dokter muda yang menjadi responden penelitian ini memiliki semacam kendala dalam melakukan kegiatan penyuluhan, sehingga untuk kegiatan ini kerap muncul CA dalam diri mereka pada saat melakukan kegiatan penyuluhan sebagai salah satu kurikulum wajib yang harus mereka penuhi sebagai syarat yudisium mereka.

Jumlah total keseluruhan responden dalam penelitian ini adalah 67 orang dokter muda, dari 28 orang yang telah menjabat posisi sebagai DM selama kurun waktu 1 – 3 bulan terdapat 6 orang DM yang mengalami CA dalam situasi penyuluhan pada tingkat yang tinggi, kemudian dari 39 orang yang telah menjabat posisi sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan terdapat 12 orang DM yang mengalami CA dalam situasi penyuluhan pada tingkat yang tinggi serta 4 orang DM yang mengalami CA dalam situasi penyuluhan pada tingkat yang sedang. Hal ini berarti lebih dari seperempat jumlah DM yang menjadi responden penelitian ini mengalami CA pada tingkat yang tinggi dalam situasi penyuluhan.

Communication Apprehension (CA) dapat muncul dalam semua situasi komunikasi, seperti komunikasi antar pribadi, komunikasi antar budaya, komunikasi organisasi, dan komunikasi massa. *Communication Apprehension (CA)* nampak pada perilaku individu yang disebut dengan perilaku aprehensif

(*apprehensif behavior*) seperti : diam, malu, enggan, penghindaran, dan takut untuk berkomunikasi. Mereka yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) ini mempunyai hambatan dalam mengekspresikan diri mereka karena konsep diri yang negatif (misalnya : takut dianggap bodoh, malu bila dicemooh, ditertawakan, dll.) sehingga timbul keinginan untuk menutup diri. Keinginan untuk menutup diri, selain karena konsep diri yang negatif, timbul karena kurangnya kepercayaan kepada kemampuan sendiri. Orang yang tidak menyenangi dirinya merasa dirinya tidak akan mampu mengatasi persoalan. Orang yang kurang percaya diri akan cenderung sedapat mungkin menghindari situasi komunikasi. Dia takut orang lain akan mengejeknya atau menyalahkannya (Rakhmat, 1996:108). Namun demikian, hal ini tidak berarti sepenuhnya bahwa individu-individu dengan *Communication Apprehension* (CA) justru dapat mempelajari kecemasan yang dialaminya. Seseorang yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) adalah orang yang tidak efektif dan bahagia. Kebanyakan dari mereka yang mengalami *Communication Apprehension* (CA) justru dapat mempelajari kecemasan yang dialaminya. Hal ini sebagai bukti bahwa *Communication Apprehension* (CA) dapat dikendalikan dan dikelola secara efektif.

Joseph A. DeVito menjelaskan bahwa pada dasarnya *Communication Apprehension* (CA) berada dalam suatu rentang (*continuum*), dari tingkat yang rendah sampai tingkat yang tinggi (dalam tingkatan yang berbeda) (DeVito, 1998:159), sehingga semua orang mengalaminya termasuk para dokter muda yang menjadi responden dalam penelitian ini.

Dalam situasi penyuluhan seorang dokter akan membahas masalah-masalah kesehatan yang dianggap penting bagi suatu masyarakat, dengan demikian mereka diharapkan mampu menjadi komunikator yang handal yang mungkin dapat menghilangkan keragu-raguan dari publik atas masalah yang disampaikan dalam penyuluhan. Beberapa dokter muda dalam penelitian memang menyatakan bahwa kegiatan penyuluhan yang harus dijalankan oleh dokter muda menimbulkan masalah tersendiri pada mereka, terlebih jika mereka harus melakukannya di daerah-daerah di kabupaten. Hal ini terutama dirasakan oleh para dokter muda yang berasal dari luar Pulau Jawa, karena tidak menutup kemungkinan dalam pelaksanaannya mereka akan menggunakan semacam penerjemah untuk membantu jalannya penyuluhan.

Dalam teori *Personal Inadequacy Theory*, digambarkan bahwa perilaku tidak tegas dan takut merupakan gejala-gejala permasalahan pribadi atau berkaitan dengan ketidakmampuan diri. Munculnya perilaku takut (*apprehensive behavior*) dan ketidaktegasan (*assertive behavior*) ini banyak ditemukan pada pengalaman pertama dan pada permasalahan yang muncul dalam ketidakmampuan (DeVito, 1995:156). Melalui pandangan ini dapat dikatakan bahwa para dokter muda mengalami suatu permasalahan tersendiri pada saat pertama kali melakukan penyuluhan sehingga memunculkan CA pada diri mereka, terlebih meskipun saat ini mereka berstatus sebagai dokter muda dan pada nantinya mereka akan lebih banyak berinteraksi dengan masyarakat, pada pembelajarannya mereka tidak dibekali dengan teori komunikasi yang cukup.

Tabel III.16.

Tabel Silang antara Tingkat *Communication Apprehension* DM Secara keseluruhan dengan Lama Menjadi Dokter Muda (n=67)

No	Lama menjadi DM	Tingkat CA Keseluruhan			Total
		R	S	T	
1	1 - 3 bulan	15	13	0	28
2	> 3 bulan – 6 bulan	0	0	0	0
3	Lebih dari 6 bulan	18	21	0	39
Total		33	34	0	67

Sumber data : kuesioner A8 dan B1 – B24

Penggambaran dari Tabel III.16 menunjukkan bahwa para DM yang telah menjalani status barunya ini selama 1 – 3 bulan dan mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang rendah terdapat sebanyak 15 orang, 13 orang DM mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang sedang, dan tidak terdapat seorang pun DM yang mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang tinggi. Analisis tabel silang di atas juga menunjukkan bahwa tidak terdapat satu orang pun DM yang mengalami CA secara keseluruhan pada lama mereka berprofesi sebagai DM selama kurang dari 3 bulan sampai 6 bulan. Hal ini disebabkan karena tidak adanya responden DM yang telah telah menyangang status baru itu selama kurun waktu yang dimaksud.

Tabel silang di atas juga menggambarkan adanya 39 responden yang telah menyangang status baru mereka sebagai DM selama kurun waktu lebih dari 6 bulan. Dari jumlah 39 orang DM ini, didapat analisis data yang berkaitan dengan lama mereka berprofesi sebagai DM dengan tingkat CA secara keseluruhan yang

mereka alami, dimana 18 orang DM mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang rendah, 21 orang DM mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang sedang, dan tidak ada satu orang pun DM yang mengalami CA secara keseluruhan dengan tingkat yang tinggi.

Penggambaran dari tabel silang di atas menunjukkan bahwa secara umum dapat dikatakan bahwa CA dengan tingkat yang tinggi secara keseluruhan tidak terdapat pada dokter muda yang menjadi subyek dalam penelitian ini. Akan tetapi jumlah yang cukup besar justru terjadi pada tingkat CA yang sedang pada keseluruhan situasi komunikasi, dimana dari total 67 orang dokter muda yang menjadi responden dalam penelitian ini, 34 orang dari mereka mengalami tingkat CA yang sedang secara keseluruhan, baik itu pada DM yang telah menjabat selama kurun waktu 1 – 3 bulan maupun mereka yang telah menjabat sebagai DM dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan.

Adanya indikasi di atas juga menandakan bahwa responden yang telah berprofesi sebagai DM dalam waktu yang lama pun masih mengalami CA sekalipun dia telah berkali-kali menghadapi situasi komunikasi yang berhubungan dengan profesinya sebagai dokter muda. Berdasarkan tabel III.16 di atas dapat dilihat bahwa tingkat CA yang sedang justru lebih banyak dialami oleh responden yang telah berprofesi DM selama lebih dari 6 bulan bila dibandingkan dengan tingkat CA yang rendah, bahkan secara keseluruhan jumlah DM yang mengalami CA dengan tingkat yang sedang lebih banyak daripada DM yang mengalami CA dengan tingkat yang rendah. Dengan demikian dapat dikatakan di sini DM dalam

akan mengalami CA – bahkan mungkin pada tingkat yang tinggi – dalam situasi-situasi komunikasi tertentu yang harus mereka hadapi.

Munculnya CA yang dialami oleh DM dalam interaksi pada situasi-situasi komunikasi tertentu dalam penelitian ini dapat dikatakan lebih disebabkan karena faktor eksternal. Melalui faktor yang berasal dari luar ini individu tidak berani melakukan interaksi komunikasi pada situasi tertentu atau dalam istilah ini disebut juga sebagai *State Apprehension*. Dalam kasus CA dokter muda ini misalnya mereka merasa takut berada pada situasi penyuluhan akan tetapi mereka merasa lebih berani untuk melakukan interaksi pada situasi-situasi komunikasi lainnya, seperti responsi ataupun percakapan dengan pasien.

State Apprehension sendiri lebih mudah diatasi daripada *Trait Apprehension* (faktor yang berasal dari internal), karena faktor yang kedua ini lebih merupakan faktor bawaan manusia sejak lahir. Namun demikian, bukan berarti *state apprehension* dapat disepelekan begitu saja, karena diperlukan waktu yang lama untuk mengatasinya. Dengan mengidentifikasi faktor penyebab *state apprehension* ini maka akan lebih mudah diatasi karena solusi yang diambil akan lebih tepat mengenai sasaran.

Beberapa dokter muda dalam penelitian ini mengatakan bahwa dalam situasi komunikasi tertentu terkadang mereka merasa sulit untuk berkomunikasi, misalnya pada saat mereka harus menghadapi suatu responsi dimana presentasi yang harus mereka sajikan di hadapan dokter senior yang benar-benar tegas, sehingga mereka merasa kemampuan mereka sedikit menurun pada saat harus mempresentasikan hasil yang mereka buat, karena pada dasarnya dapat saja

dokter senior/dokter spesialis mencari kesalahan dari mereka atau memang bermaksud menguji mental mereka melalui suatu perilaku yang tegas.

Bentuk perilaku seperti ini dianggap oleh dokter senior atau spesialis memang berguna bagi para dokter muda, mengingat profesi kedokteran adalah suatu profesi yang berguna untuk keselamatan manusia maka seorang dokter dituntut untuk tidak main-main dalam menjalankan profesinya dari awal, sehingga dalam pembelajaran secara teori maupun praktek para dokter muda diharapkan dapat meminimalisir kesalahan yang mereka buat, dan memang dokter-dokter senior/spesialis seperti harus ada dalam pendidikan kedokteran – seperti halnya guru atau dosen dalam dunia pendidikan – karena dengan adanya dokter-dokter seperti itu, dokter muda akan lebih profesional dalam kerja/prakteknya

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

IV.1. Kesimpulan

Berdasarkan pada temuan, analisis dan interpretasi data yang telah dilakukan dalam penelitian ini, maka kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian tentang tingkat *Communication Apprehension* (CA) pada dokter muda Universitas Airlangga di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soetomo Surabaya adalah :

1. Dokter Muda (DM) Universitas Airlangga mengalami *Communication Apprehension* (CA) secara keseluruhan dalam tingkat yang sedang akan tetapi perbedaannya cukup signifikan dengan DM yang memiliki tingkat CA yang rendah. Untuk beberapa situasi komunikasi tertentu, beberapa DM mengalami CA dengan tingkat yang tinggi, sekalipun jumlahnya tidak terlalu mengkhawatirkan. Situasi komunikasi dimana DM mengalami CA dengan tingkat yang tinggi dengan jumlah DM yang besar adalah pada situasi penyuluhan, responsi, diskusi, dan percakapan dengan pasien.
2. Faktor penyebab CA pada DM dalam penelitian ini adalah faktor eksternal atau lebih dikenal dengan *state apprehension*. Adanya faktor ini hanya menyebabkan DM mengalami CA pada situasi komunikasi tertentu. Untuk menekan faktor ini individu dapat mempelajari CA melalui serangkaian latihan tertentu hingga individu tidak mengalami CA pada situasi komunikasi yang dimaksud.

IV.2. Saran

Pada dasarnya manusia mengalami *Communication Apprehension* dalam tingkat yang berbeda, dimana ini juga berarti individu mengalami CA pada interaksi komunikasi yang terjadi dalam situasi komunikasi tertentu. Berkaitan dengan hal ini, saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dapat diajukan sebagai berikut :

1. Para DM hendaknya sedini mungkin menyadari bahwa mereka terkadang mengalami CA pada kasus-kasus tertentu dalam menjalankan prakteknya sebagai dokter muda, sehingga dapat diambil tindakan yang cepat pula guna mengatasi kendala ini.
2. Para dokter senior/dokter spesialis pun harus dapat membaca keadaan DM-nya yang mungkin mengalami CA pada situasi komunikasi tertentu (misalnya pada responsi) dan dapat menangani kendala yang terjadi pada DM secara bijaksana.
3. Mungkin perlu juga dipertimbangkan adanya mata kuliah berbasis ilmu komunikasi dalam kurikulum program pendidikan dokter Universitas Airlangga dengan mengingat tidak adanya mata kuliah dengan basis ini. Adanya mata kuliah dengan basis dari ilmu komunikasi, paling tidak dokter muda nantinya dapat menyadari kendala-kendala komunikasi yang dihadapi dalam interaksi sosial, terlebih jika menyangkut masalah kedokteran ataupun kesehatan.
4. Guna menindaklanjuti hasil penelitian ini, sebaiknya perlu juga diadakan penelitian yang lebih mendalam tentang sebab-sebab khusus yang

menyebabkan DM mengalami CA (sekali pun dalam tingkatan yang rendah) pada situasi komunikasi tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU :

- DeVito, Joseph A., 1995, *The Interpersonal Communication Book 7th edition*, Longman, New York
- Graeff, Judith A., Elder, John P., dan Booth, Elizabeth Mills, 1996, *Komunikasi untuk kesehatan dan Perubahan Perilaku*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Hanafiah. M. Jusuf dan Amri Amir, 1999, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan (edisi 3)*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Hurlock, Elizabeth B., 1997, *Psikologi Perkembangan, Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan (edisi kelima)*, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Littlejohn, Stephen W., 1996, *Theories of Human Communication 5th edition*, Wadsworth Publishing Co., California
- Rakhmat, Jalaludin, 1997, *Metode Penelitian Komunikasi*, Remaja Rosdakarya, Bandung
- Samil, Prof. Dr. Ratna Suprapti, SpOG., 2001, *Etika Kedokteran Indonesia*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Supratikna, A., 1995, *Komunikasi Antar Pribadi Tinjauan Psikologis*, Kanisius, Yogyakarta
- Tubbs, Stewart L. dan Moss, Sylvia, 1996, *Human Communication (Terjemahan) Buku Kedua*, McGraw and Hill dan Remaja Rosdakarya, Singapura dan Bandung
- Wood, Julia T., 2004, *Interpersonal Communication Everyday Encounters 4th Edition*, Thomson Wadsworth, Belmont, California

NON BUKU :

- Buku Panduan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Tahun Ajaran 2004/2005, Airlangga University Press, Surabaya

- Huda, Nuril, 2000, *Faktor yang Menyebabkan Pelajar SMU Tidak Berani Melakukan Komunikasi Interaksi di Sekolah*, Skripsi Program Studi Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga, Surabaya
- Jauhari, Mutiara, 2001, *Communication Apprehension dan Prestasi Akademis di Masa Remaja : Studi Korelasi antara Communication Apprehension dengan Prestasi Akademik Kelas 2 SMU 5 Surabaya*, Skripsi Program Studi Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga, Surabaya
- Rose, La, "Si Pemalu Bisa Sembuh Dengan Terapi Kognitif dan Perilaku", Surabaya Post, 12 Desember 1997
- Yasa, Md. Sugiharta, "*Socialphobia*, Suatu Dilema Dalam Kehidupan", Bali Post, 3 Desember 1996
- <http://www.hawaii.edu/gened/oc/prca.htm>, *download* tanggal 13 Mei 2004

KUESIONER

Selamat siang

Kuesioner ini digunakan untuk penelitian ilmiah. Anda dimohon memberikan data yang sebenarnya, karena kebenaran data sangat penting dan dibutuhkan. Identitas anda dijamin kerahasiannya, data ini tidak akan digunakan untuk hal-hal yang merugikan anda. Terima kasih banyak.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat :
3. Jenis Kelamin :

1. Laki-laki	2. Perempuan
--------------	--------------
4. Usia : tahun
5. Asal Daerah :

1. Surabaya	2. Luar Surabaya (.....)
-------------	--------------------------
6. Pengeluaran :
 1. < Rp. 500.000,00
 2. Rp. 500.000,00 – < Rp. 1.000.000,00
 3. Rp. 1.000.000,00 - < Rp. 1.500.000,00
 4. Rp. 1.500.000,00 - < Rp. 2.000.000,00
 5. \geq Rp. 2.000.000,00
7. Sudah berapa lama anda menjadi seorang dokter muda ?
 1. 1 – 3 bulan
 2. 4 – 6 bulan
 3. Lebih dari 6 bulan
8. Saat ini anda ditempatkan di bagian ? (sebutkan)

B. *Communication Apprehension*

Dengan menggunakan skala di bawah ini, berikanlah skor pada setiap pernyataan berikut ini. Tidak ada jawaban yang benar atau salah melalui penilaian anda. Bacalah dengan seksama, kemudian berilah tanda “V” atau “X” untuk jawaban yang sesuai dengan bentuk pernyataan anda :

Keterangan :

- SS** = Sangat Setuju
S = Setuju
RR = Ragu-ragu
TS = Tidak Setuju
STS = Sangat Tidak Setuju

Communication Apprehension pada Dokter Muda

No	Pernyataan	Jawaban				
		SS	S	RR	TS	STS
1	Saya tidak suka berpartisipasi dalam kelompok diskusi antar dokter muda					
2	Secara umum, saya merasa nyaman berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda					
3	Saya merasa tertekan dan cemas ketika berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda					
4	Saya senang terlibat dalam diskusi antar dokter muda					
5	Melibatkan diri dalam diskusi dengan dokter muda yang baru saya kenal membuat saya tertekan dan cemas					
6	Saya merasa tenang dan santai ketika berpartisipasi dalam diskusi antar dokter muda					
7	Secara umum, saya merasa cemas ketika saya harus berpartisipasi dalam suatu responsi					
8	Saya merasa tenang dan santai ketika berpartisipasi dalam responsi					
9	Saya tenang dan santai ketika saya diminta untuk menyampaikan opini saya dalam suatu responsi					
10	Saya merasa takut untuk mengekspresikan diri dalam responsi					
11	Berkomunikasi dalam response membuat saya tidak nyaman					
12	Saya merasa sangat santai ketika menjawab pertanyaan dalam responsi					
13	Saya merasa sangat cemas, ketika berbicara dengan pasien yang baru saya kenal					
14	Saya merasa tidak takut berbicara dalam suatu percakapan dengan pasien rawat inap					
15	Biasanya saya merasa sangat tertekan dan cemas dalam suatu percakapan dengan pasien rawat inap					
16	Biasanya saya sangat tenang dan santai dalam suatu percakapan dengan pasien baru					
17	Ketika bercakap-cakap dengan pasien yang baru saya kenal, saya merasa sangat santai					
18	Saya takut untuk berbicara dalam suatu percakapan dengan pasien rawat inap					

19	Saya tidak takut ketika melakukan penyuluhan					
20	Beberapa bagian tubuh saya merasa sangat tegang ketika harus melakukan penyuluhan					
21	Saya merasa santai ketika melakukan penyuluhan					
22	Pikiran saya bingung dan kacau ketika melakukan penyuluhan					
23	Saya mempunyai kepercayaan diri ketika melakukan penyuluhan					
24	Ketika saya melakukan penyuluhan, saya merasa cemas sehingga melupakan hal-hal yang saya tahu					

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

No	JK	USIA	BA	PGLRN	LMOM	BEN	D1	D2	D3	D4	D5	D6	SKOR	TKCAD	R1	R2	R3	R4	R5	R6	SKOR	TKCAR	PSN1	PSN2	PSN3	PSN4	PSN5	PSN6	SKOR
1	2	1	1	1	3	1	4	2	4	1	2	2	12	RENDAH	4	2	2	5	5	2	10	RENDAH	2	1	4	2	1	5	11
2	1	1	1	2	3	2	3	4	2	3	2	3	21	TINGGI	3	3	4	2	2	4	22	TINGGI	4	3	4	3	3	4	15
3	2	1	1	1	1	2	4	2	4	2	4	3	13	RENDAH	3	3	4	4	4	4	18	SEDANG	4	2	4	3	4	4	15
4	2	1	2	2	1	2	4	2	4	2	5	2	13	RENDAH	3	3	3	4	4	3	16	RENDAH	4	1	5	1	2	5	8
5	1	1	1	1	3	2	5	1	5	1	4	2	8	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
6	1	1	2	2	1	2	4	3	2	3	2	4	20	TINGGI	2	3	4	2	2	5	24	TINGGI	4	2	4	2	2	4	12
7	2	1	1	2	3	3	2	2	2	4	2	4	22	TINGGI	3	2	3	4	5	2	15	RENDAH	4	2	5	2	3	4	12
8	2	1	1	1	1	4	4	2	4	3	4	2	13	RENDAH	4	2	4	2	4	4	18	SEDANG	4	2	4	2	2	4	12
9	2	1	1	1	1	5	4	2	4	2	5	2	13	RENDAH	4	2	3	2	4	2	15	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
10	1	1	1	1	1	4	4	3	3	3	2	2	17	RENDAH	2	4	4	2	4	4	22	TINGGI	2	2	4	2	4	4	16
11	2	1	2	1	1	4	5	1	5	1	5	2	7	RENDAH	4	2	2	4	5	2	11	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
12	2	1	1	3	1	4	4	3	4	3	3	3	16	RENDAH	4	2	3	4	4	3	14	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
13	2	1	1	1	1	4	4	2	4	2	2	2	14	RENDAH	4	2	3	3	4	4	16	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
14	1	1	1	2	1	4	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	3	3	4	14
15	2	1	2	2	1	5	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	2	12	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
16	1	1	2	2	1	5	3	3	3	3	2	3	19	TINGGI	2	4	4	2	2	3	23	TINGGI	3	3	3	3	4	3	19
17	2	1	2	1	1	5	4	2	4	2	4	3	13	RENDAH	4	3	4	4	4	3	16	RENDAH	4	1	5	2	3	5	10
18	1	1	1	1	1	5	5	3	5	1	5	1	6	RENDAH	5	1	1	5	5	1	6	RENDAH	5	1	5	1	3	5	8
19	1	1	2	2	1	5	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	3	3	4	14
20	1	1	1	2	1	5	4	2	4	2	4	3	13	RENDAH	3	4	4	4	4	4	19	TINGGI	4	2	4	2	3	4	13
21	2	1	2	2	1	5	5	1	5	1	2	1	9	RENDAH	3	2	2	2	4	2	15	RENDAH	4	1	4	1	2	4	10
22	2	1	1	1	1	5	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	3	4	4	3	14	RENDAH	4	2	4	3	3	4	14
23	1	1	1	2	1	5	3	2	4	3	2	3	17	RENDAH	3	3	4	2	3	3	20	TINGGI	4	2	5	2	3	4	12
24	1	1	1	1	1	5	5	2	5	3	4	2	11	RENDAH	3	3	3	4	5	3	15	RENDAH	4	1	5	3	3	4	12
25	2	1	1	1	1	5	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	3	3	2	4	4	2	14	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
26	2	1	2	2	1	5	4	1	4	1	4	2	10	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
27	2	1	1	2	1	5	4	3	4	2	5	2	14	RENDAH	4	2	3	3	4	4	16	RENDAH	4	2	4	3	4	3	16
28	2	1	2	2	3	3	4	2	4	2	5	2	13	RENDAH	4	2	4	2	2	4	20	TINGGI	4	2	4	2	2	4	12
29	2	1	1	2	3	1	4	2	4	2	2	2	14	RENDAH	4	4	4	4	4	4	18	SEDANG	4	2	4	2	2	4	12
30	1	2	1	2	3	3	3	2	3	2	2	3	17	RENDAH	4	2	2	2	5	2	15	RENDAH	3	2	2	3	2	2	18
31	1	2	1	2	3	1	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	4	14	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
32	2	1	1	3	3	6	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	3	2	3	3	4	3	16	RENDAH	4	4	4	2	2	4	14
33	2	1	1	1	3	3	4	2	4	3	4	2	13	RENDAH	4	2	4	2	3	3	18	SEDANG	3	1	4	2	3	4	13
34	2	3	1	1	3	1	4	2	4	1	5	3	11	RENDAH	2	3	3	3	4	4	19	TINGGI	3	3	4	2	2	4	14

Communication Apprehension Pada Dokter Muda (Studi Deskriptif tentang Tingkat .

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

35	2	1	1	2	3	6	4	2	5	2	5	2	10	RENDAH	5	2	2	5	5	2	9	RENDAH	5	2	5	2	2	5	9
36	2	1	2	2	3	1	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	3	3	2	4	4	3	15	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
37	2	1	2	1	3	1	4	2	3	2	4	3	14	RENDAH	4	3	4	2	2	4	21	TINGGI	3	2	4	2	2	4	13
38	2	1	1	1	3	1	3	2	3	3	2	4	20	TINGGI	2	3	4	2	2	3	22	TINGGI	5	1	4	2	2	5	9
39	2	1	2	2	3	6	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
40	1	1	1	1	3	6	4	1	5	2	3	3	12	RENDAH	4	2	2	4	4	2	12	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
41	1	1	1	2	3	3	4	2	4	2	3	3	14	RENDAH	3	3	3	3	4	2	16	RENDAH	4	2	4	2	3	2	15
42	1	2	2	3	3	1	4	2	4	2	5	1	10	RENDAH	4	2	2	5	5	2	10	RENDAH	5	1	5	1	2	4	8
43	2	1	2	2	3	1	5	1	4	1	4	1	8	RENDAH	5	1	1	5	5	2	7	RENDAH	4	2	4	2	2	5	11
44	1	1	1	2	3	3	5	2	4	2	4	2	11	RENDAH	4	2	2	4	4	2	12	RENDAH	4	2	4	2	4	4	14
45	1	2	1	1	3	5	2	2	2	4	2	4	22	TINGGI	2	2	4	2	4	4	20	TINGGI	4	2	4	2	2	4	12
46	2	1	2	2	3	6	4	1	4	1	4	2	10	RENDAH	4	2	2	4	4	4	14	RENDAH	4	1	4	2	2	5	10
47	2	1	2	2	3	6	3	3	3	3	3	3	18	SEDANG	3	3	3	3	3	4	19	TINGGI	3	2	4	2	3	4	14
48	1	1	2	2	3	1	5	2	3	2	5	3	14	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
49	1	1	1	1	3	3	4	2	4	2	5	3	14	RENDAH	3	3	3	3	4	2	16	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
50	1	1	1	1	3	3	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	4	2	4	4	18	SEDANG	4	2	4	2	2	2	14
51	1	1	2	2	3	1	5	1	5	2	5	2	8	RENDAH	5	2	2	4	4	2	10	RENDAH	4	2	4	2	2	5	11
52	2	1	2	2	3	1	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	4	14	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
53	2	1	1	2	3	1	4	3	3	3	2	4	19	TINGGI	2	4	4	2	2	4	24	TINGGI	4	2	4	2	4	4	14
54	2	1	2	2	3	1	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
55	1	1	1	2	3	1	4	2	4	2	2	2	14	RENDAH	4	2	2	4	4	2	12	RENDAH	4	2	4	2	2	4	12
56	1	1	1	2	3	3	4	2	4	3	2	2	15	RENDAH	4	2	3	4	4	3	14	RENDAH	5	1	5	1	1	5	6
57	1	1	1	2	3	1	4	2	3	3	1	4	19	TINGGI	4	2	3	2	4	3	16	RENDAH	3	2	5	2	3	3	14
58	1	1	1	1	3	7	5	2	3	2	3	2	13	RENDAH	3	2	2	3	4	3	15	RENDAH	4	4	3	2	2	3	16
59	2	1	1	1	3	1	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	2	2	4	4	2	2	18	SEDANG	4	3	4	2	2	4	13
60	2	1	2	1	3	1	4	3	3	2	2	3	17	RENDAH	4	2	4	2	3	3	18	SEDANG	4	1	4	2	2	2	13
61	1	1	1	1	3	2	5	1	5	1	4	2	8	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	2	3	4	13
62	1	1	2	2	1	2	4	3	2	3	2	4	20	TINGGI	2	3	4	2	2	5	24	TINGGI	4	2	4	2	2	4	12
63	1	1	2	2	1	5	3	3	3	3	2	3	19	TINGGI	2	4	4	2	2	3	23	TINGGI	3	3	3	3	4	3	19
64	2	1	2	1	1	5	4	2	4	2	4	3	13	RENDAH	4	3	4	4	4	3	16	RENDAH	4	1	5	2	3	5	10
65	1	1	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	6	RENDAH	5	1	1	5	5	1	6	RENDAH	5	1	5	1	3	5	8
66	1	1	2	2	1	5	4	2	4	2	4	2	12	RENDAH	4	2	2	4	4	3	13	RENDAH	4	2	4	3	3	4	14
67	1	1	1	2	3	2	3	4	2	3	2	3	21	TINGGI	3	3	4	2	2	4	22	TINGGI	4	3	4	3	3	4	15

Communication Apprehension Pada Dokter Muda (Studi Deskriptif tentang Tingkat .

TKCAPSN	P1	P2	P3	P4	P5	P6	SKOR	TKCAP	TOTCA	TKCA
RENDAH	2	5	2	5	1	4	9	RENDAH	42	RENDAH
RENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	82	SEDANG
RENDAH	5	2	4	2	2	2	21	TINGGI	67	SEDANG
RENDAH	4	3	4	2	2	3	20	TINGGI	57	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	3	12	RENDAH	46	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	77	SEDANG
RENDAH	4	4	2	4	1	3	14	RENDAH	63	SEDANG
RENDAH	4	4	4	4	2	4	16	RENDAH	59	SEDANG
RENDAH	4	4	3	4	2	4	15	RENDAH	56	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	77	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	42	RENDAH
RENDAH	3	4	3	4	2	3	15	RENDAH	56	SEDANG
RENDAH	4	2	3	4	2	4	17	RENDAH	60	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	4	11	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	48	RENDAH
TINGGI	3	3	4	4	2	3	17	RENDAH	78	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	4	11	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	3	5	1	5	1	5	6	RENDAH	26	RENDAH
RENDAH	2	4	4	4	1	4	13	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	2	3	3	4	1	2	15	RENDAH	60	SEDANG
RENDAH	1	3	2	3	1	2	14	RENDAH	48	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	4	2	3	2	1	3	19	TINGGI	68	SEDANG
RENDAH	3	4	3	4	2	4	14	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	2	3	2	4	1	4	12	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	2	3	3	3	2	3	16	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	2	4	3	3	1	2	15	RENDAH	61	SEDANG
RENDAH	3	4	4	2	1	2	18	SEDANG	63	SEDANG
RENDAH	4	4	4	2	2	3	19	TINGGI	63	SEDANG
SEDANG	3	3	3	3	2	2	18	SEDANG	68	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	3	3	3	3	3	3	18	SEDANG	60	SEDANG
RENDAH	3	2	4	3	2	2	20	TINGGI	64	SEDANG
RENDAH	4	2	5	2	2	2	23	TINGGI	67	SEDANG

Communication Apprehension Pada Dokter Muda (Studi Deskriptif tentang Tingkat .

RENDAH	2	5	2	5	1	5	8	RENDAH	36	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	3	13	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	3	4	3	4	2	3	15	RENDAH	63	SEDANG
RENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	75	SEDANG
RENDAH	2	4	3	4	2	4	13	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	48	RENDAH
RENDAH	2	2	3	2	3	2	20	TINGGI	65	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	40	RENDAH
RENDAH	2	3	4	4	2	4	15	RENDAH	41	RENDAH
RENDAH	2	2	2	4	2	4	14	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	1	23	TINGGI	77	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	46	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	73	SEDANG
RENDAH	2	4	3	4	1	4	12	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	3	2	4	2	2	2	21	TINGGI	64	SEDANG
RENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	66	SEDANG
RENDAH	1	4	2	4	2	4	11	RENDAH	41	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	3	4	3	4	2	3	15	RENDAH	72	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	49	RENDAH
RENDAH	3	4	2	4	2	4	13	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	3	4	3	4	1	2	15	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	6	3	3	3	2	3	18	SEDANG	67	SEDANG
RENDAH	3	4	3	4	2	2	16	RENDAH	60	SEDANG
RENDAH	3	2	2	4	2	4	15	RENDAH	58	SEDANG
RENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	69	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	3	12	RENDAH	46	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	77	SEDANG
TINGGI	3	3	4	4	2	3	17	RENDAH	78	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	4	11	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	1	5	1	5	1	5	6	RENDAH	26	RENDAH
RENDAH	2	4	4	4	2	4	13	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	82	SEDANG

HENDAH	2	5	2	5	1	5	8	HENDAH	36	RENDAH
HENDAH	2	4	2	4	2	3	13	HENDAH	52	RENDAH
HENDAH	3	4	3	4	2	3	15	HENDAH	63	SEDANG
HENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	75	SEDANG
HENDAH	2	4	3	4	2	4	13	HENDAH	51	RENDAH
HENDAH	2	4	2	4	2	4	12	HENDAH	48	RENDAH
HENDAH	2	2	3	2	3	2	20	TINGGI	65	SEDANG
HENDAH	2	4	2	4	2	4	12	HENDAH	40	RENDAH
HENDAH	2	3	4	4	2	4	15	HENDAH	41	RENDAH
HENDAH	2	2	2	4	2	4	14	HENDAH	51	RENDAH
HENDAH	4	2	4	2	2	1	23	TINGGI	77	SEDANG
HENDAH	2	4	2	4	2	4	12	HENDAH	46	RENDAH
HENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	73	SEDANG
HENDAH	2	4	3	4	1	4	12	HENDAH	51	RENDAH
HENDAH	3	2	4	2	2	2	21	TINGGI	64	SEDANG
HENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	66	SEDANG
HENDAH	1	4	2	4	2	4	11	HENDAH	41	RENDAH
HENDAH	2	4	2	4	2	4	12	HENDAH	50	RENDAH
HENDAH	3	4	3	4	2	3	15	HENDAH	72	SEDANG
HENDAH	2	4	2	4	2	4	12	HENDAH	49	RENDAH
HENDAH	3	4	2	4	2	4	13	HENDAH	51	RENDAH
HENDAH	3	4	3	4	1	2	15	HENDAH	50	RENDAH
HENDAH	4	3	3	3	2	3	18	SEDANG	67	SEDANG
HENDAH	3	4	3	4	2	2	16	HENDAH	60	SEDANG
HENDAH	3	2	2	4	2	4	15	HENDAH	58	SEDANG
HENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	69	SEDANG
HENDAH	2	4	2	4	1	3	12	HENDAH	46	RENDAH
HENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	77	SEDANG
TINGGI	3	3	4	4	2	3	17	HENDAH	78	SEDANG
HENDAH	2	4	2	4	1	4	11	HENDAH	50	RENDAH
HENDAH	1	5	1	5	1	5	6	HENDAH	26	RENDAH
HENDAH	2	4	4	4	1	4	13	HENDAH	52	RENDAH
HENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	82	SEDANG

RENDAH	2	5	2	5	1	5	8	RENDAH	36	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	3	13	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	3	4	3	4	2	3	15	RENDAH	63	SEDANG
RENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	75	SEDANG
RENDAH	2	4	3	4	2	4	13	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	48	RENDAH
RENDAH	2	2	3	2	3	2	20	TINGGI	65	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	40	RENDAH
RENDAH	2	3	4	4	2	4	15	RENDAH	41	RENDAH
RENDAH	2	2	2	4	2	4	14	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	1	23	TINGGI	77	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	46	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	73	SEDANG
RENDAH	2	4	3	4	1	4	12	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	3	2	4	2	2	2	21	TINGGI	64	SEDANG
RENDAH	4	2	4	2	2	2	22	TINGGI	66	SEDANG
RENDAH	3	4	2	4	2	4	11	RENDAH	41	RENDAH
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	5	4	3	4	2	3	15	RENDAH	72	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	2	4	12	RENDAH	49	RENDAH
RENDAH	3	4	2	4	2	4	13	RENDAH	51	RENDAH
RENDAH	5	4	3	4	1	2	15	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	4	3	3	3	2	3	18	SEDANG	67	SEDANG
RENDAH	5	4	3	4	2	2	16	RENDAH	60	SEDANG
RENDAH	3	2	2	4	2	4	15	RENDAH	58	SEDANG
RENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	69	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	3	12	RENDAH	46	RENDAH
RENDAH	4	2	4	2	2	3	21	TINGGI	77	SEDANG
TINGGI	5	3	4	4	2	3	17	RENDAH	78	SEDANG
RENDAH	2	4	2	4	1	4	11	RENDAH	50	RENDAH
RENDAH	1	5	1	5	1	5	6	RENDAH	26	RENDAH
RENDAH	2	4	4	4	1	4	13	RENDAH	52	RENDAH
RENDAH	5	2	4	2	3	2	24	TINGGI	82	SEDANG



ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga
DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
JALAN AIRLANGGA No. 4 - 6 SURABAYA - 60286 TELP. (031) 5022492, 5034015, FAX. (031) 5022492

No : 415/J03.1.13/PP/2005
Hal : Ijin Penelitian

02 Mei 2005.

Kepada Yth,
Direktur RSU Dr. Soetomo Surabaya.
Di
Surabaya.

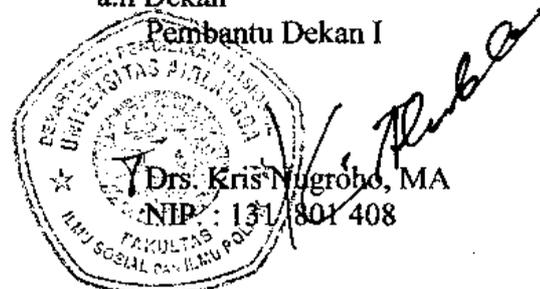
Dengan ini kami beritahukan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi mahasiswa kami perlu mengadakan penelitian;

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar berkenan memberikan ijin penelitian kepada mahasiswa kami

N a m a : Rani Heraini Marsianto.
NPM : 079815775
Prodi : Ilmu Komunikasi.
Judul Penelitian : Communication Apprehension pada Dokter Muda.
Lokasi : RSU Dr. Soetomo Surabaya/ FKU Unair.
Waktu : 3 (Tiga) bulan, terhitung tanggal surat dikeluarkan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya , kami mengucapkan terima kasih.

a.n Dekan
Pembantu Dekan I



Drs. Kris Nugroho, MA
NIP. 131 801 408



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs. : 5022472
Telp. (031) 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131 e-mail : dekanfkua@hotmail.com

Nomor : 936/J03.1.17/PP.5/2005
Lamp. : --
Hal : Ijin penelitian

1 Juni 2005

Kepada Yth.
Pembantu Dekan I
Fakultas Ilmu Sosial Dan Politik
Universitas Airlangga
Jalan Airlangga 4
Surabaya

Sehubungan dengan surat Saudara tertanggal 2 Mei 2005 No. :
414/J03.1.13/PP/2005 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini
diberitahukan bahwa pada dasarnya kami dapat memberi ijin kepada :

N a m a : Rani Heraini Marsianto
NPM : 079815775

untuk melakukan penelitian di Fakultas Kedokteran Unair guna penyusunan
skripsi mahasiswa yang berangkutan dengan catatan :

- Dokter Muda yang bersangkutan ada inform concent
- Direktur RSU Dr. Soetomo diberitalu ijin mengingat Dokter
Muda bekerja di RSU Dr. Soetomo.

Demikian atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.



Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr., Sp.THT(K)
NIP. 130325828

Tembusan Yth.
- Ketua Sub Program IV
- Ketua Sub Program V
Fakultas Kedokteran Unair



ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
BAGIAN ILMU KEBIDANAN DAN PENYAKIT KANDUNGAN

Telgr : FDOK
UNAJF
Kode Pos : 60286

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya Telp. 031 - 5501632 - 5501640 - 5037733, Fax. 031 - 5037732

No. : 132/JO3.1.17/OBG/VIII/2005
Lamp. :
Hal. : Ijin penelitian

8 Agustus 2005

Kepada
Yth. Kepala Ruangan Kandungan
Yth. Kepala Ruangan Bersalin
Yth. Kepala Poli Kandungan
Yth. Kepala Poli Hamil
RSU. Dr. Soetomo
Surabaya

Bersama ini menghadapkan Rani Heraini Marsianto, mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga yang akan melakukan penelitian mengenai :

“Communication Apprehension Pada Dokter Muda”

dengan cara melakukan wawancara para Dokter Muda yang bekerja di Ruang Kandungan, Ruang Bersalin, Poli Kandungan dan Poli Hamil.

Penelitian akan dilakukan selama 3 bulan, dimulai tanggal 8 Agustus 2005.

Sehubungan dengan hal tersebut, mohon dibantu seperlunya.

Atas perhatian dan kerjasama yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Koordinator Pendidikan,

