

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran RSUD Panembahan Senopati Bantul

RSUD Panembahan Senopati merupakan salah satu RSUD Pratama tipe B yang diresmikan dengan SK Menkes RI no 202/Menkes/SK/II/1993. Pelayanan yang diberikan di RSUD Panembahan Senopati yaitu pelayanan gawat darurat IGD/ICU/ICCU, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap yang terdiri dari ruang VVIP, VIP, kelas Utama, kelas I, kelas II, kelas III, ICU dan perinatal. Pelayanan rawat inap di RSUD Panembahan Senopati berupa Rawat inap penyakit dalam, rawat inap penyakit syaraf, rawat inap penyakit bedah, rawat inap penyakit anak dan rawat inap penyakit obstetri. Pelayanan rawat jalan di RSUD Panembahan Senopati Bantul berupa poliklinik penyakit dalam, poliklinik penyakit bedah, poliklinik penyakit anak, poliklinik penyakit syaraf, poliklinik penyakit obstetrik, ginekologi dan KB, poliklinik penyakit THT, poliklinik penyakit mata, poliklinik penyakit gigi dan mulut, poliklinik penyakit kulit kelamin serta poliklinik fisioterapi. Di RSUD Panembahan Senopati Bantul diadakan beberapa pelatihan salah satunya adalah pelatihan komunikasi efektif yang diadakan setiap satu tahun sekali

Penelitian ini dilakukan pada perawat yang merawat pasien kanker di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Fasilitas pelayanan pasien kanker yang ada di RSUD Panembahan Senopati adalah kemoterapi dengan petugas kemoterapi sebanyak 2 orang perawat. Jumlah dokter spesialis bedah 2 orang dan spesialis onkologi 1 orang. Jumlah perawat di Bangsal Nusa Indah sebanyak 10 orang dan Bangsal Melati sebanyak 16 orang.

2. Karakteristik Responden

Hasil penelitian terhadap karakteristik responden perawat di Bangsal Nusa Indah dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Perawat Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama Kerja dan Pelatihan Komunikasi Terapeutik di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014 (N = 26)

Karakteristik	Frekuensi	Prosentase (%)
Umur		
< 30 tahun	11	42,3
30-40 tahun	13	50,0
> 40 tahun	2	7,7
Jumlah	26	100
Jenis kelamin		
Laki-laki	5	19,2
Perempuan	21	80,8
Jumlah	26	100
Pendidikan		
D.III	23	88,5
D.IV	1	3,8
S.1/Ners	2	7,7
Jumlah	26	100
Lama kerja		
1-5 tahun	10	38,5
> 5 tahun	16	61,5
Jumlah	26	100
Pelatihan komunikasi terapeutik		
Pernah	4	15,4
Tidak pernah	22	84,6
Jumlah	26	100

Sumber : Data primer, 2014.

Tabel 4.1 menunjukkan sebagian besar perawat berumur 30-40 tahun (50%). Jenis kelamin responden sebagian besar perempuan (80,8%). Pendidikan sebagian besar perawat adalah D III (88,5%). Lama kerja perawat

sebagian besar > 5 tahun (61,5%). Sebagian besar perawat (84,6%) tidak pernah mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.

3. Komunikasi Terapeutik Perawat

Hasil observasi komunikasi terapeutik perawat di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014 (N = 26)

Komunikasi terapeutik	Frekuensi	Prosentase (%)
Cukup	24	92,3
Kurang	2	7,7
Jumlah	26	100

Sumber : Data primer, 2014.

Tabel 4.2 menunjukkan komunikasi terapeutik perawat di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta sebagian besar berada dalam kategori cukup (92,3%).

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Komponen Komunikasi Terapeutik Perawat di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014 (N = 26)

Komponen komunikasi terapeutik	Frekuensi	Prosentase (%)
Fase orientasi		
Cukup	22	84,6
Kurang	4	15,4
Jumlah	26	100
Fase kerja		
Baik	1	3,8
Cukup	24	92,3
Kurang	1	3,8
Jumlah	26	100
Fase terminasi		
Cukup	19	73,1
Kurang	7	26,9
Jumlah	26	100

Sumber : Data primer, 2014.

Tabel 4.3 menunjukkan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi sebagian besar adalah cukup (84,6%). Komunikasi terapeutik perawat fase kerja sebagian besar cukup (92,3%). Komunikasi terapeutik perawat fase terminasi sebagian besar cukup (73,1%).

4. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Komunikasi Terapeutik Perawat

Berikut adalah hasil tabulasi silang antara karakteristik responden dengan komunikasi terapeutik perawat :

Tabel 4.4. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Komunikasi Terapeutik Perawat di Bangsal Nusa Indah 2 dan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014 (N = 26)

Karakteristik	Komunikasi terapeutik					
	Cukup		Kurang		Total	
	F	%	F	%	f	%
1. Usia						
< 30 tahun	10	38,5	1	3,8	11	42,3
30-40 tahun	12	46,2	1	3,8	13	50,0
> 40 tahun	2	7,7	0	0	2	7,7
Jumlah	24	92,3	2	7,7	26	100
2. Jenis Kelamin						
Laki-laki	4	15,4	1	3,8	5	19,2
Perempuan	20	76,9	1	3,8	21	80,8
Jumlah	24	92,3	2	7,7	26	100
3. Pendidikan						
D III	21	80,8	2	7,7	23	88,5
D IV	1	3,8	0	0	1	3,8
S1/Ners	2	7,7	0	0	2	7,7
Jumlah	24	92,3	2	7,7	26	100
4. Lama kerja						
1-5 tahun	10	38,5	0	0	10	38,5
> 5 tahun	14	53,8	2	7,7	16	61,5
Jumlah	24	92,3	2	7,7	26	100
5. Pelatihan komunikasi terapeutik						
Pernah	4	15,4	0	0	4	15,4
Tidak pernah	20	76,9	2	7,7	22	84,6
Jumlah	24	92,3	2	7,7	26	100

Sumber: Data Primer 2014.

Berdasarkan tabel 4.4 tentang tabulasi silang antara karakteristik responden dengan komunikasi terapeutik perawat dilihat berdasarkan karakteristik usia, pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak pada kelompok usia 30-40 tahun (46,2%). Berdasarkan karakteristik jenis kelamin pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak adalah pada jenis kelamin perempuan (76,9%). Berdasarkan pendidikan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak berada pada pendidikan D III (80,8%). Berdasarkan lama kerja pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak berada pada kelompok yang memiliki lama kerja > 5 tahun (53,6%). Berdasarkan pelatihan komunikasi terapeutik pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak berada pada perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik (92,3%).

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden

Berdasarkan usia, pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup terbanyak pada kelompok usia 30-40 tahun (46,2%). Karakteristik perawat berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kinerja dalam praktik keperawatan termasuk di dalamnya penerapan komunikasi terapeutik, dimana semakin tua usia perawat maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman. Usia dewasa muda (30-40 tahun) merupakan usia paling produktif, bahkan puncak karir bisa dicapai di usia dewasa muda akhir yaitu sekitar 40 tahun, hal ini berdampak pada penerapan komunikasi terapeutik pada klien semakin baik pula (Dariyo, 2008).

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, 76,9% perawat berjenis kelamin perempuan pada kategori cukup, sedangkan 15,4% perawat berjenis kelamin laki-laki pada kategori cukup. Menurut Damaiyanti (2008), laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki

interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan. Kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan dan meningkatkan keintiman, sementara kaum laki-laki lebih menunjukkan independensi dan status dalam kelompoknya.

Berdasarkan karakteristik pendidikan, perawat yang bekerja di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta yang berpendidikan S1/Ners dan DIV tidak ada perawat yang masih dalam kategori kurang, sedangkan DIII masih ada 7,7% dengan kategori kurang. Menurut Murwani & Istichomah (2009), hubungan perawat akan terjalin dengan baik jika didukung oleh pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat dan proses yang akan dilakukan.

Berdasarkan lama kerja, perawat yang bekerja selama 1-5 tahun sebanyak 38,5% pada kategori cukup dan perawat yang bekerja > 5 tahun sebanyak 53,8% pada kategori cukup tetapi masih ada 7,7% yang berada pada kategori kurang. Menurut Murwani & Istichomah (2009), masa bekerja merupakan waktu dimana seseorang mulai bekerja, makin lama seseorang bekerja semakin banyak pengalaman yang dimilikinya dalam berkomunikasi. Peningkatan pengalaman akan meningkatkan keterampilan perawat dan diharapkan kepercayaan diri perawat dapat meningkat sehingga motivasi dan performa kerja yang ditampilkan akan semakin baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat 2 orang perawat dengan lama kerja > 5 tahun namun memiliki komunikasi terapeutik kategori kurang, hal ini dapat disebabkan oleh suasana di Bangsal Nusa Indah yang ramai saat dilakukan komunikasi terapeutik. Menurut Murwani & Istichomah (2009), lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi efektif. Suasana yang bising akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Untuk itulah perawat perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien.

Berdasarkan pelatihan komunikasi terapeutik, perawat yang pernah mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik seluruhnya memiliki komunikasi terapeutik kategori cukup (15,4%) sedangkan pada perawat yang tidak pernah

mendapatkan komunikasi terapeutik terdapat 7,7% perawat yang memiliki komunikasi terapeutik kategori kurang. Di RSUD Panembahan Senopati Bantul diadakan pelatihan komunikasi terapeutik dan diambil 2 peserta setiap bangsal. Pelatihan kesehatan merupakan sarana untuk memberikan keterampilan dan pengalaman kepada perawat. Menurut Mubarak dan Chayatin (2009) pengalaman merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja perawat. Dengan peningkatan keterampilan dan pengalaman diharapkan kepercayaan diri perawat dapat meningkat sehingga motivasi dan performa kerja yang ditampilkan akan semakin baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Ardhianto (2008) yang menunjukkan karakteristik perawat secara statistik mempunyai hubungan yang signifikan dengan penerapan komunikasi terapeutik, yaitu pada dimensi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dan pengetahuan.

2. Komunikasi terapeutik perawat pada tahap orientasi

Hasil penelitian ini menunjukkan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi sebagian besar adalah cukup (84,6%). Pada pelaksanaan fase orientasi, hal yang sudah dilakukan dengan sempurna oleh sebagian besar perawat adalah memberikan salam dan tersenyum kepada klien serta menjelaskan kerahasiaan. Sedangkan hal-hal yang sering tidak dilakukan adalah perawat jarang mengeksplorasi perasaan klien, pikiran dan tindakan selanjutnya masih ada hal-hal yang dilakukan perawat dengan kurang sempurna adalah menyampaikan hasil pengamatan, melakukan validasi (kognitif, psikomotor dan afektif), mendefinisikan tujuan dengan klien, dan menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan. Hasil penelitian ini berbeda dengan Sukoco (2011) yang menunjukkan pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase orientasi di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul dikategorikan kurang (74,5%). Hal ini disebabkan adanya perbedaan karakteristik masa kerja responden. Pada penelitian ini sebagian besar responden (61,5%) telah memiliki masa kerja > 5 tahun, sedangkan pada penelitian Sukoco (2011) responden yang memiliki

masa kerja > 5 tahun (51,9%) persentasenya hampir sama dengan yang memiliki masa kerja ≤ 5 tahun (48,9%). Perbedaan hasil penelitian ini juga dapat disebabkan karena adanya pelatihan komunikasi terapeutik yang dilakukan RSUD Panembahan Senopati pada tahun 2013. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Ardianto (2008) yang menyimpulkan bahwa umur dan pengetahuan perawat secara statistik mempunyai hubungan yang signifikan dengan penerapan komunikasi terapeutik.

Fase orientasi atau peninjauan untuk menentukan sikap yang tepat dan benar dimulai ketika perawat dan pasien bertemu untuk pertama kalinya (Rohani dan Setio, 2013). Pada fase orientasi hal pertama yang harus dilakukan oleh perawat adalah mengucapkan salam. Identifikasi pasien dengan menyebut/memanggil nama pasien dengan benar akan menghindarkan perawat dari kesalahan. Dalam komunikasi terapeutik menyebut nama pasien akan menambah keakraban/kehangatan antara perawat dan pasien. Memperkenalkan diri perawat merupakan langkah awal membangun kepercayaan dengan pasien. Pasien tidak akan percaya/mau mengungkapkan perasaan dan penderitaan kepada perawat yang tidak dikenal. Perhatian yang tulus merupakan metode yang kuat untuk mendapatkan kepercayaan (Sheldon, 2009).

Pada pertemuan pertama, perawat mulai mengkaji status kesehatan pasien sehingga perawat dapat menentukan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien dan mengidentifikasi kemungkinan keberhasilan yang akan dicapai. Komunikasi terapeutik yang dilakukan, yakni dengan mengarahkan pasien pada masalah yang dihadapi (Damaiyanti, 2008). Peran harus ditetapkan dalam hubungan antara perawat dan pasien. Perawat sebagai pemberi perawatan berperan sebagai pemimpin yang mengambil inisiatif dalam menentukan hubungan dengan pasien. Pasien sebagai penerima perawatan berperan aktif sebagai partisipan dalam perawatan. Keberhasilan hubungan tergantung pada partisipasi kedua belah pihak. Setelah tujuan dan peran diungkapkan dengan jelas, perawat dapat menetapkan kontrak dengan pasien. Pada fase ini diperlukan komunikasi yang membutuhkan pertukaran informasi dari kedua belah pihak (Nasir, dkk., 2009).

Menurut Stuart G. W (1998) dalam Damaiyanti (2010), sangat penting bagi perawat untuk melaksanakan tahapan fase orientasi dengan baik karena tahapan ini merupakan dasar bagi hubungan antara perawat dengan pasien. Menurut Baradero *et al* (2000) dalam Septyani, Nugroho & Haryanto (2009), tujuan pelaksanaan fase orientasi yaitu agar dapat terbina hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien. Melalui komunikasi terapeutik, pasien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain

3. Komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja

Hasil penelitian ini menunjukkan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja sebagian besar adalah cukup (92,3%). Pada pelaksanaan fase kerja, hal yang sudah dilakukan dengan sempurna oleh sebagian besar perawat adalah menggunakan bahasa yang mudah dimengerti pasien, mendengarkan pembicaraan pasien dengan aktif, menghadap ke arah pasien, mengadakan kontak mata, menjaga keterbukaan, bersikap tenang dan melakukan kegiatan sesuai rencana. Sedangkan hal yang paling banyak tidak dilakukan perawat adalah menganjurkan meneruskan pembicaraan pasien. Hasil penelitian sesuai dengan Kusuma (2013) yang menunjukkan pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase kerja di bangsal penyakit dalam RSUD Wates dengan kategori cukup (47,3%).

Fase kerja merupakan inti hubungan perawat-pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Keberhasilan hubungan antara perawat dan pasien pada fase kerja ditentukan oleh kemampuan berkomunikasi dan keterampilan perawat dalam melakukan prosedur/teknik tindakan keperawatan yang saling mendukung, untuk menjalin hubungan kerja sama yang baik antara perawat, pasien dan keluarga. Perawat yang terampil akan percaya diri dalam melakukan tugas pekerjaannya. Namun, apabila perawat ragu akan kemampuan profesionalnya, sebaiknya ditunda/tidak melakukan prosedur tindakan karena sangat berpengaruh terhadap keberhasilan (Damaiyanti, 2010).

Menurut Nasir, dkk (2009), tahap kerja merupakan tahap merupakan tahap untuk mengimplimentasikan rencana keperawatan yang telah dibuat

pada tahap orientasi, sedangkan menurut Stuart G. W (1998) dalam Damaiyanti (2010), tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik, karena di dalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa respons ataupun pesan yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dan mencari penyelesaian masalah pasien. Selanjutnya menurut Rohani & Setio (2013) keberhasilan hubungan antara perawat dan pasien pada fase kerja ditentukan oleh kemampuan berkomunikasi dan ketrampilan perawat dalam melakukan prosedur/teknik tindakan keperawatan yang saling mendukung, untuk menjalin hubungan kerja sama yang baik antara perawat, pasien, dan keluarga.

4. Komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi

Hasil penelitian ini menunjukkan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi sebagian besar adalah cukup (73,1%). Pada pelaksanaan fase terminasi, hal yang sudah dilakukan dengan sempurna oleh sebagian besar perawat adalah memberikan reinforcement positif dan menunjukkan sikap ketulusan. Sedangkan hal yang paling banyak tidak dilakukan perawat adalah saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan, sedih, marah dan perilaku lain. Sedangkan hasil penelitian Kusuma (2013) yang menunjukkan komunikasi terapeutik perawat dalam tindakan keperawatan di RSUD Wates Kulon Progo, Yogyakarta pada tahap terminasi adalah kategori baik (40%).

Fase terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat dan klien. Pada terminasi sementara perawat akan bertemu lagi dengan pasien sesuai kontrak yang telah disepakati bersama pada waktu yang telah ditentukan. Terminasi akhir terjadi jika pasien akan pulang ke rumah dari rumah sakit atau perawat akan mengakhiri tugas di rumah sakit (Damaiyanti, 2010).

Menurut Stuart G. W (1998) dalam Damaiyanti (2010), tugas perawat dalam fase terminasi adalah melakukan evaluasi subjektif dengan cara

menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat, melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya, dan mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik. Menurut Baradero *et al* (2000) dalam Septyani *et al* (2009), fase terminasi merupakan tahap akhir komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi dan kemampuan perawat untuk memuaskan kebutuhan pasien serta mencapai tujuan profesional yang realistis.

5. Komunikasi terapeutik perawat

Hasil penelitian ini menunjukkan komunikasi terapeutik perawat sebagian besar adalah cukup (92,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Atik (2011) yang menunjukkan komunikasi terapeutik yang dilaksanakan oleh perawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang sudah berjalan dengan mengacu pada pedoman pelaksanaan asuhan keperawatan rumah sakit, komunikasi terapeutik perawat belum terlaksana secara menyeluruh dan diterapkan oleh semua perawat. Banyaknya perawat yang memiliki komunikasi terapeutik kategori cukup disebabkan oleh faktor karakteristik perawat yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama bekerja.

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa jumlah perawat perempuan lebih besar dibandingkan perawat laki-laki (80,8%). Pada dasarnya karakteristik perempuan dan laki-laki memang berbeda, bukan hanya dari segi fisik saja, tetapi juga dalam hal berpikir dan bertindak. Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan. Kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan dan meningkatkan keintiman, sementara kaum laki-laki lebih menunjukkan independensi dan status dalam kelompoknya (Murwani & Istichomah, 2009).

Dilihat dari tingkat pendidikan perawat sebagian besar sudah tinggi yaitu D3 (88,5%). Pendidikan merupakan sarana untuk memperoleh pengetahuan. Hubungan terapeutik akan terjalin dengan baik jika didukung oleh pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat

dan proses yang akan dilakukan. Perawat juga perlu mengetahui tingkat pengetahuan pasien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien secara professional (Murwani & Istichomah, 2009).

Lama kerja perawat yang sebagian besar sudah lama yaitu >5 tahun (61,5%). Makin lama seseorang bekerja semakin banyak pengalaman yang dimilikinya dalam berkomunikasi. Peningkatan pengalaman akan meningkatkan keterampilan perawat dan diharapkan kepercayaan diri perawat dapat meningkat sehingga motivasi dan performa kerja yang ditampilkan akan semakin baik (Murwani & Istichomah, 2009).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang mengakibatkan hasilnya belum sesuai yang diharapkan. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah responden dimungkinkan merasa diobservasi sehingga perilaku tidak alami, situasi saat komunikasi berjalan tidak dicatat dan observasi dilakukan satu kali, tetapi sudah dicoba untuk diantisipasi dengan cara peneliti tidak memberitahu kapan jadwal observasi kepada responden