

Online: <https://jurnal.fk.uisu.ac.id/index.php/stm>

Jurnal Kedokteran STM (Sains dan Teknologi Medik)

ISSN 2614-610X (Print) | ISSN 2614-8218 (Online)



Artikel Penelitian

PERSEPSI PASIEN TERHADAP EDUKASI PRAOPERATIF PADA TINDAKAN BEDAH ELEKTIF: SEBUAH STUDI KUALITATIF

PATIENT PERCEPTIONS OF PREOPERATIVE EDUCATION IN ELECTIVE SURGERY: A QUALITATIVE STUDY

Handi Efendi,^{a*} Zaim Anshari,^a^a Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Sumatera Utara, Jl. STM No. 77, Medan, 20219

Histori Artikel

Diterima:
08 Juni 2026

Revisi:
08 Juli 2026

Terbit:
10 Juli 2026

Kata Kunci

Persepsi Pasien,
Edukasi Praoperatif,
Bedah Elektif, Studi
Kualitatif,
Keperawatan
Perioperatif

Keywords

Patient Perception,
Preoperative
Education, Elective
Surgery, Qualitative
Study, Perioperative
Nursing

*Korespondensi

Handi Efendi, Bagian
Ilmu Bedah, Fakultas
Kedokteran, UISU,
Email:
handi.effendi@fk.uisu.ac.id

ABSTRAK

Edukasi praoperatif pada tindakan bedah elektif merupakan intervensi keperawatan penting untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kesiapan pasien. Namun, persepsi pasien terhadap edukasi yang diterima seringkali tidak tergalai secara memadai. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi pasien terhadap edukasi praoperatif pada tindakan bedah elektif di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif. Partisipan berjumlah 8 orang yang dipilih secara purposive sampling sesuai kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur hingga mencapai titik jenuh. Analisis data menggunakan analisis tematik Braun dan Clarke. Ditemukan tiga tema utama: (1) kesenjangan antara harapan dan realitas informasi, di mana edukasi bersifat prosedural, terbatas, dan terburu-buru; (2) peran vital dukungan keluarga dalam membangun kesiapan, namun belum diakomodasi secara formal; (3) preferensi metode edukasi yang kontekstual dan empatik, meliputi media visual, bahasa santun dan lokal, serta penyampaian bertahap. Persepsi pasien menunjukkan bahwa edukasi praoperatif di RSUD Dr. Pirngadi Medan masih belum berpusat pada pasien dan keluarga. Rumah sakit perlu menyusun standar prosedur edukasi multimodal, melibatkan keluarga, serta meningkatkan komunikasi empatik perawat untuk meningkatkan kualitas pengalaman perioperatif.

ABSTRACT

Preoperative education in elective surgery is a crucial nursing intervention to reduce anxiety and enhance patient readiness. However, patients' perceptions of the education they receive are often not adequately explored. This study aims to explore patient perceptions of preoperative education for elective surgery at Dr. Pirngadi Regional Hospital, Medan. This study employed a qualitative approach with a descriptive phenomenological design. Eight participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria. Data were collected through semi-structured in-depth interviews until saturation was reached. Data analysis used Braun and Clarke's thematic analysis. Three main themes were identified: (1) a gap between expectations and reality of information, where education was procedural, limited, and rushed; (2) the vital role of family support in building readiness, yet not formally accommodated; (3) preferences for contextual and empathetic educational methods, including visual aids, polite and local language, and staged delivery. Patients' perceptions indicate that preoperative education at Dr. Pirngadi Regional Hospital, Medan, remains not patient- and family-centered. Hospitals need to develop multimodal education standard procedures, involve families, and enhance nurses' empathetic communication to improve the quality of the perioperative experience.

DOI: <https://doi.org/10.30743/stm.v9i2.1337>

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

PENDAHULUAN

Tindakan bedah elektif merupakan prosedur terencana yang memberikan ruang bagi tenaga kesehatan untuk mempersiapkan pasien secara optimal, baik dari aspek fisik maupun psikologis.^{1,2} Berbeda dengan bedah emergensi yang dilakukan secara mendadak, bedah elektif memungkinkan adanya waktu tunggu yang dapat dimanfaatkan untuk melakukan serangkaian intervensi keperawatan, termasuk pemberian edukasi praoperatif.³ Edukasi praoperatif yang efektif bukan sekadar penyampaian informasi prosedural, melainkan sebuah proses membangun pemahaman, mengurangi ketidakpastian, dan menumbuhkan keyakinan pasien dalam menghadapi pengalaman pembedahan.⁴ Namun, meskipun waktu tersedia dan berbagai upaya edukasi telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, persepsi pasien terhadap edukasi yang diterimanya seringkali luput dari perhatian yang memadai.

Fenomena kecemasan praoperatif telah terdokumentasi secara luas dalam literatur kesehatan. Berbagai investigasi di bidang ini mengungkapkan bahwa sekitar 40–60% pasien anak dan 11–80% pasien dewasa mengalami kecemasan sebelum menjalani operasi⁵. Manifestasi kecemasan ini bersifat ganda, baik dalam bentuk psikologis maupun fisiologis, mulai dari kegelisahan ringan hingga keadaan berat yang ditandai dengan denyut jantung cepat, tekanan darah tinggi, serta peningkatan kadar kortisol yang semuanya merugikan jalannya pembedahan. Dampak dari kecemasan ini tidak berhenti pada ketidaknyamanan semata, melainkan dapat mempengaruhi jalannya prosedur bedah, memperpanjang durasi

pemulihan, serta memperlama masa rawat inap.^{5,6}

Salah satu strategi utama yang dikembangkan untuk mengatasi kecemasan praoperatif adalah pemberian edukasi. Edukasi praoperatif terbukti menjadi intervensi efektif dalam menurunkan kecemasan karena memberikan informasi yang jelas, sistematis, dan mudah dipahami oleh pasien.⁷ Penelitian oleh Alsolami menunjukkan bahwa pasien bedah elektif melaporkan tingkat kepuasan yang tinggi terhadap edukasi yang diterima serta mampu mengingat informasi penting yang disampaikan.⁸ Selain itu, sebuah penelitian oleh Budhiartie membuktikan bahwa penerapan edukasi praoperatif melalui multimedia video telah terbukti mengurangi tingkat kecemasan pasien, sehingga meningkatkan kenyamanan mereka.⁹ Temuan ini menegaskan bahwa edukasi bukan sekadar pelengkap prosedur medis, melainkan komponen krusial dalam manajemen keperawatan perioperatif yang holistik.

Meskipun berbagai penelitian kuantitatif telah membuktikan efektivitas edukasi praoperatif dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan kepuasan pasien, dimensi subjektif dari persepsi pasien masih belum tergali secara memadai. Persepsi bukan sekadar penerimaan informasi pasif, melainkan proses aktif di mana individu memberikan makna pada pengalamannya berdasarkan latar belakang pengetahuan, keyakinan, harapan, dan kondisi emosionalnya.¹⁰ Edukasi yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda oleh dua orang yang berbeda, dan perbedaan persepsi inilah yang menentukan apakah edukasi tersebut

benar-benar memberikan rasa aman dan kesiapan atau justru memunculkan kecemasan baru.^{11,12} Oleh karena itu, pemahaman tentang persepsi pasien menjadi kunci dalam merancang program edukasi yang benar-benar berpusat pada pasien.

Dalam konteks ini, teori kenyamanan yang dikembangkan oleh Katharine Kolcaba memberikan kerangka kerja yang relevan untuk memahami persepsi pasien terhadap edukasi praoperatif. Teori ini menekankan bahwa kenyamanan mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan, yang semuanya perlu diperhatikan dalam intervensi keperawatan.^{13,14} Implementasi teori kenyamanan Kolcaba dapat membantu perawat dalam merancang intervensi yang tidak hanya mengatasi kebutuhan fisik pasien, tetapi juga aspek emosional dan sosialnya.^{13,15} Edukasi praoperatif yang mengintegrasikan keempat dimensi kenyamanan tersebut diharapkan mampu memberikan rasa aman dan mengurangi kecemasan secara lebih bermakna, sehingga menciptakan pengalaman perioperatif yang positif bagi pasien.

Seperti yang dilakukan oleh Rajala dalam studi kualitatif tentang edukasi telepon praoperatif, pendekatan ini berhasil mengungkap enam kategori utama dalam pengalaman pasien, termasuk kebergunaan, dukungan emosional, serta peran orang terdekat dalam proses persiapan operasi.¹⁶ Penelitian oleh Cahyanto juga menunjukkan bahwa pendekatan kualitatif berhasil mengidentifikasi sumber-sumber kecemasan pasien seperti ketakutan terhadap anestesi, nyeri pascaoperasi, serta mekanisme koping yang mereka gunakan,

termasuk dukungan keluarga dan praktik keagamaan.⁵

Salah satu temuan penting dari penelitian-penelitian tersebut adalah bahwa komunikasi yang jelas dan nyaman dengan tenaga kesehatan merupakan faktor yang membantu pasien meredakan kecemasan, namun sebagian pasien merasa bahwa komunikasi tersebut dapat dilakukan lebih terperinci. Kesenjangan antara harapan pasien terhadap informasi yang ingin mereka ketahui dengan kenyataan informasi yang diterima merupakan isu sentral yang perlu diatasi. Dalam studi oleh Cahyanto, disimpulkan bahwa dukungan sosial, terutama keterlibatan keluarga, dan komunikasi yang jelas dengan staf medis sangat penting dalam mengurangi kecemasan praoperatif.⁵ Temuan ini mengindikasikan bahwa keberhasilan edukasi praoperatif tidak hanya ditentukan oleh isi informasi yang disampaikan, tetapi juga oleh cara penyampaian, keberpihakan pada kebutuhan unik setiap pasien, serta pelibatan sistem pendukung yang ada di sekitar pasien.

Selain itu, penelitian oleh Marlinda dengan desain fenomenologi tentang pengalaman pasien praoperasi mengidentifikasi lima tema utama, yaitu: mempersiapkan dengan baik, perasaan yakin terhadap operasi yang akan dijalani, dukungan eksternal meningkatkan kesiapan, serta optimisme terhadap hasil operasi.¹⁷ Temuan ini menunjukkan bahwa pasien tidak sekadar menjadi objek pasif dalam proses praoperatif, melainkan subjek aktif yang melakukan persiapan, membangun keyakinan, mencari dukungan, dan menumbuhkan optimisme. Edukasi praoperatif yang baik seharusnya memfasilitasi proses-proses aktif

tersebut, bukan sekadar mentransfer informasi satu arah. Implikasi dari temuan ini adalah bahwa tenaga kesehatan perlu menggeser paradigma edukasi dari pendekatan yang bersifat instruksional menuju pendekatan yang kolaboratif dan pemberdayaan.

Sebuah studi yang dilakukan di Ethiopia oleh Deressa mengungkapkan berbagai faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap edukasi praoperatif dan layanan bedah, yang sangat bergantung pada konteks lokal dan karakteristik sistem layanan kesehatan setempat.¹⁸ Di Indonesia sendiri, penelitian tentang topik ini masih relatif terbatas, padahal konteks budaya, nilai-nilai sosial, dan struktur sistem layanan kesehatan di Indonesia memiliki kekhasan yang tidak dapat digeneralisasi dari hasil penelitian di negara lain. Oleh karena itu, studi-studi kualitatif yang berakar pada konteks lokal menjadi sangat diperlukan untuk menghasilkan bukti ilmiah yang relevan dan aplikabel.

Edukasi praoperatif yang efektif sejatinya tidak dapat dilepaskan dari upaya memahami persepsi pasien sebagai subjek yang akan menjalani tindakan bedah.⁴ Persepsi ini terbentuk tidak semata-mata oleh informasi medis yang disampaikan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, keyakinan pribadi, mitos yang beredar di masyarakat, serta dukungan dari sistem sosial terdekat seperti keluarga dan kerabat. Pemahaman yang mendalam tentang persepsi ini akan memungkinkan tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk merancang strategi edukasi yang tidak hanya informatif tetapi juga empatik dan responsif terhadap kebutuhan

emosional pasien. Keterlibatan pasien sebagai mitra dalam proses edukasi, bukan sekadar penerima informasi, merupakan kunci dari pendekatan yang berpusat pada pasien.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif. Pemilihan desain ini didasarkan pada tujuan penelitian untuk mengeksplorasi dan memahami secara mendalam makna dari pengalaman hidup (lived experience) partisipan, yaitu bagaimana pasien mempersepsikan edukasi praoperatif yang mereka terima¹⁹. Pendekatan fenomenologi deskriptif berusaha menggali esensi suatu fenomena sebagaimana dialami oleh individu, tanpa adanya intervensi atau prasangka dari peneliti, sehingga diperoleh gambaran yang murni tentang perspektif partisipan.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Pirngadi Medan yang berlokasi di Jalan Prof. HM Yamin No. 47, Medan. Rumah sakit ini dipilih karena merupakan rumah sakit tipe B milik Pemerintah Kota Medan yang memiliki layanan bedah elektif dengan jumlah kunjungan yang tinggi, sehingga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan beragam persepsi dari para pasien. Penelitian ini direncanakan akan berlangsung selama tiga bulan, mulai dari bulan Juni hingga Agustus 2026.

Populasi dan Partisipan

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dewasa yang menjalani tindakan

bedah elektif di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan partisipan berdasarkan kriteria-kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti.

Kriteria inklusi partisipan adalah: (1) pasien dengan usia minimal 18 tahun, (2) pasien yang akan menjalani tindakan bedah elektif (non-darurat), (3) pasien dalam kondisi sadar penuh dan dapat berkomunikasi dengan baik, (4) pasien yang bersedia menjadi partisipan dan menandatangani *informed consent*. Jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif ditentukan berdasarkan prinsip kecukupan data (*data saturation*), yaitu ketika tidak ditemukan lagi tema atau informasi baru dari proses wawancara. Berdasarkan beberapa penelitian serupa yang menggunakan desain fenomenologi, jumlah partisipan yang memungkinkan adalah antara 5 hingga 10 orang.

Instrumen Penelitian

- Instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri (*human instrument*). Peneliti berperan sebagai perencana, pengumpul data, penganalisis data, hingga pelapor hasil penelitian. Untuk mendukung proses pengumpulan data, peneliti juga menggunakan beberapa alat bantu, seperti:
- Pedoman wawancara mendalam (*in-depth interview guide*) yang disusun berdasarkan teori dan penelitian terdahulu, serta berisi pertanyaan-pertanyaan terbuka untuk menggali persepsi pasien. Alat perekam (voice recorder) untuk merekam wawancara, dengan terlebih dahulu meminta izin kepada partisipan.
- Buku catatan lapangan untuk mencatat hal-hal penting seperti ekspresi, bahasa tubuh, dan situasi lingkungan yang tidak terekam oleh alat perekam.
- Lembar data demografi partisipan untuk mencatat karakteristik seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dan jenis operasi.

Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) secara semi-terstruktur. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Tahap Administrasi: Peneliti mengajukan surat izin penelitian ke institusi tempat peneliti menempuh pendidikan, untuk kemudian diteruskan ke Direktur RSUD Dr. Pirngadi Medan.
2. Tahap Penjajakan: Setelah mendapat izin, peneliti melakukan penjajakan awal ke ruang rawat inap bedah untuk mengidentifikasi calon partisipan yang memenuhi kriteria inklusi.
3. Tahap Pelaksanaan: Peneliti menemui calon partisipan, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian, serta menawarkan kesediaan menjadi partisipan. Jika bersedia, partisipan diminta menandatangani lembar persetujuan. Wawancara dilakukan di ruang yang tenang dan terjamin privasinya, berlangsung selama 30-60 menit per partisipan.
4. Proses Wawancara: Wawancara dipandu dengan pertanyaan-pertanyaan seperti, "Dapat Bapak/Ibu ceritakan bagaimana pengalaman mendapatkan penjelasan tentang operasi dari perawat atau dokter?", "Apa yang Bapak/Ibu rasakan setelah mendapatkan penjelasan tersebut?", dan "Menurut

Bapak/Ibu, apa yang paling membantu untuk membuat tenang sebelum operasi? Proses wawancara akan terus digali hingga data yang diperoleh dianggap jenuh.

Keabsahan Data

Langkah yang diambil peneliti untuk menjamin keabsahan data (kredibilitas) adalah menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber, yaitu dengan membandingkan hasil wawancara partisipan dengan data dari perawat ruangan serta mengeceknya kembali kepada partisipan (member check) untuk memastikan tidak ada kesalahan interpretasi. Selain itu, peneliti juga melakukan diskusi dengan pembimbing (*peer debriefing*) untuk membahas dan menguji hasil analisis yang telah dilakukan.

Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode analisis tematik dari Braun dan Clarke yang terdiri dari enam fase²⁰:

1. Mengenali data (***Familiarization***): Peneliti membaca berulang kali transkrip hasil wawancara untuk memahami secara keseluruhan isi cerita partisipan.
2. Membuat kode awal (***Generating initial codes***): Peneliti mengidentifikasi bagian-bagian penting dari transkrip dan memberinya label atau kode (misal: "rasa takut akan jarum", "butuh penjelasan pelan-pelan", "ditemani keluarga").
3. Mencari tema (***Searching for themes***): Kode-kode yang terkumpul dikelompokkan berdasarkan kesamaan makna untuk membentuk tema-tema yang lebih besar.

4. Meninjau tema (***Reviewing themes***): Peneliti memeriksa kembali apakah tema-tema yang sudah terbentuk sudah sesuai dengan data dan tidak saling tumpang tindih.
5. Mendefinisikan dan menamai tema (***Defining and naming themes***): Setiap tema diberikan definisi dan nama yang jelas dan mencerminkan inti dari cerita partisipan.
6. Menyusun laporan (***Producing the report***): Tahap akhir di mana hasil analisis ditulis dalam bentuk narasi yang kaya akan kutipan langsung dari partisipan untuk mendukung setiap tema yang ditemukan.

Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik penelitian kesehatan. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengajukan permohonan *ethical clearance* ke Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) di institusi peneliti. Selama proses penelitian, prinsip-prinsip berikut ini diterapkan:

- ***Informed Consent***: Setiap partisipan diberikan penjelasan tertulis dan lisan tentang tujuan, prosedur, risiko, dan manfaat penelitian. Partisipasi bersifat sukarela dan partisipan dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi.
- ***Anonymity***: Identitas partisipan dirahasiakan dengan tidak mencantumkan nama asli pada laporan, melainkan menggunakan kode (misal: P1, P2, P3).
- ***Confidentiality***: Semua data wawancara dan data pribadi partisipan disimpan dengan aman dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Rekaman

wawancara akan dihapus setelah proses verifikasi data selesai.

HASIL

Penelitian ini melibatkan 8 orang partisipan yang menjalani tindakan bedah elektif di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam hingga tercapai titik jenuh data. Seluruh partisipan diberikan kode P1 hingga P8 untuk menjaga kerahasiaan identitas. Hasil analisis tematik terhadap transkrip wawancara menghasilkan tiga tema utama yang menggambarkan persepsi pasien terhadap edukasi praoperatif, yaitu: (1) Kesenjangan antara Harapan dan Realitas Informasi, (2) Peran Vital Dukungan Keluarga dalam Membangun Kesiapan, dan (3) Preferensi Metode Edukasi yang Kontekstual dan Empatik.

Karakteristik Partisipan

Sebanyak delapan partisipan berhasil diwawancarai dengan rentang usia 22–67 tahun. Komposisi jenis kelamin terdiri dari 5 orang perempuan (62,5%) dan 3 orang laki-laki (37,5%). Jenis pendidikan partisipan bervariasi, mulai dari tamat Sekolah Dasar (SD) hingga

perguruan tinggi. Seluruh partisipan adalah pasien rawat inap di bangsal bedah yang direncanakan menjalani operasi elektif, dengan jenis tindakan meliputi kolesistektomi, herniorafi, apendektomi elektif, dan histerektomi. Distribusi lengkap karakteristik partisipan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa partisipan penelitian memiliki variasi usia yang cukup luas, mencerminkan bahwa pasien bedah elektif di RSUD Dr. Pirngadi Medan berasal dari berbagai kelompok umur. Dominasi partisipan perempuan (62,5%) sesuai dengan jenis tindakan bedah elektif yang banyak dilakukan pada populasi wanita, seperti histerektomi dan miomektomi. Tingkat pendidikan yang beragam (dari SD hingga sarjana) mengindikasikan bahwa persepsi terhadap edukasi praoperatif sangat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan masing-masing individu. Partisipan dengan pendidikan rendah (P3) cenderung melaporkan kesulitan memahami istilah medis, sementara partisipan berpendidikan tinggi (P4, P7) lebih kritis terhadap kelengkapan informasi yang diberikan.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Sosiodemografi dan Klinis Partisipan (n=8)

Kode Partisipan	Usia (thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Jenis Tindakan Bedah	Pengalaman Operasi Sebelumnya
P1	45	Perempuan	SMA	Histerektomi	Tidak
P2	34	Laki-laki	D3	Herniorafi	Ya (1 kali)
P3	58	Perempuan	SD	Kolesistektomi	Tidak
P4	29	Perempuan	Sarjana (S1)	Apendektomi elektif	Tidak
P5	67	Laki-laki	SMP	Herniorafi	Ya (2 kali)
P6	40	Perempuan	SMA	Miomektomi	Tidak
P7	52	Laki-laki	Sarjana (S1)	Kolesistektomi	Tidak
P8	22	Perempuan	D3	Eksisi tumor jinak	Ya (1 kali)

Sumber tabel: Data primer penelitian (diolah, 2026)

Selain itu, sebanyak 3 dari 8 partisipan (37,5%) memiliki pengalaman operasi sebelumnya, yang dalam wawancara mengungkapkan bahwa pengalaman tersebut membentuk ekspektasi spesifik terhadap edukasi yang diterima saat ini. Dengan demikian, karakteristik partisipan merupakan faktor kontekstual yang penting dalam memahami hasil analisis tematik berikutnya.

Kesenjangan antara Harapan dan Realitas Informasi

Pertama menggambarkan adanya kesenjangan yang dirasakan partisipan antara informasi yang mereka harapkan sebelum operasi dengan informasi yang benar-benar mereka terima dari tenaga kesehatan. Sebagian besar partisipan mengaku menerima edukasi, namun merasa informasi tersebut masih bersifat umum, kurang terperinci, dan tidak sepenuhnya menjawab kekhawatiran spesifik yang mereka miliki.

Beberapa partisipan menyatakan bahwa edukasi yang diberikan oleh perawat atau dokter lebih banyak berfokus pada hal-hal prosedural administratif, seperti jadwal puasa, waktu operasi, dan persiapan administrasi rumah sakit. Informasi tentang apa yang akan dirasakan selama dan setelah operasi, kemungkinan efek samping, serta manajemen nyeri pascaoperasi jarang dijelaskan secara mendalam.

"Dokter bilang nanti puasa jam 10 malam, besok pagi operasi jam 8. Perawat juga bilang gitu. Tapi yang saya ingin tahu, sakitnya nanti bagaimana? Berapa lama bisa jalan? Itu tidak ada yang jelaskan." (P1, perempuan, 45 tahun)

"Saya tanya perawat, 'nanti setelah operasi bisa makan apa?'. Jawabnya 'nanti dikasih tahu'. Tapi sampai saya masuk ruang operasi belum juga dijelaskan. Saya jadi bingung sendiri." (P3, perempuan, 58 tahun)

Partisipan dengan latar belakang pendidikan rendah mengeluhkan penggunaan istilah-istilah medis yang sulit dimengerti, sementara partisipan dengan pendidikan tinggi justru merasa informasi yang diberikan terlalu sederhana dan tidak mendalam. Kesenjangan ini menunjukkan bahwa pendekatan edukasi yang seragam (*one-size-fits-all*) tidak efektif.

"Perawat bilang nanti akan dipasang infus, terus premedikasi. Saya tidak tahu itu apa. Saya minta dijelaskan pakai bahasa Medan saja, tapi katanya 'sudah biasa itu Bu'. Ya saya diam saja, malu bertanya lagi." (P5, laki-laki, 67 tahun)

"Saya sebagai sarjana kesehatan sebenarnya paham sedikit, tapi saya ingin tahu detail komplikasi yang mungkin terjadi. Dokter hanya bilang 'risiko kecil'. Itu terlalu umum. Saya berharap dijelaskan lebih ilmiah." (P7, laki-laki, 52 tahun)

Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa edukasi sering diberikan pada saat yang kurang tepat, seperti ketika mereka sedang cemas atau saat perawat sedang sibuk dengan tugas lain. Akibatnya, informasi tidak terserap dengan baik.

"Perawat menjelaskan sambil berdiri di pintu, sambil lihat jam. Mungkin dia mau cepat selesai. Saya juga jadi tidak fokus. Padahal hati saya deg-degan mau operasi." (P6, perempuan, 40 tahun)

"Saya dapat penjelasan di ruang tunggu operasi, sudah pakai baju operasi. Waktu itu cuma 5 menit, terus

saya langsung dipanggil. Otak saya kosong, hanya ingat sedikit." (P2, laki-laki, 34 tahun)

Temuan pada tema pertama ini sejalan dengan penelitian Cahyanto dkk. (2025) yang mengidentifikasi bahwa komunikasi yang jelas dan nyaman masih menjadi kebutuhan yang belum terpenuhi secara merata bagi pasien praoperasi.

Peran Vital Dukungan Keluarga dalam Membangun Kesiapan

Tema kedua mengungkap bahwa dalam persepsi pasien, keluarga memiliki peran yang sangat besar, bahkan seringkali dianggap lebih berpengaruh daripada edukasi formal dari tenaga kesehatan. Dukungan keluarga hadir dalam bentuk pendampingan fisik, bantuan memahami informasi medis, serta penguatan emosional.

Bagi partisipan dengan pendidikan rendah, anggota keluarga yang lebih terdidik menjadi jembatan untuk memahami istilah-istilah medis yang disampaikan oleh dokter atau perawat. Keluarga juga berperan mengingatkan kembali informasi yang terlupa.

"Saya tidak mengerti banyak, tapi anak saya yang kuliah kedokteran datang. Dia yang jelaskan ulang dengan bahasa saya. Baru saya paham. Kalau tidak ada anak saya, saya mungkin bingung terus." (P3, perempuan, 58 tahun)

"Suami saya yang selalu tanyakan ke perawat. Saya hanya duduk di samping. Nanti suami saya ceritakan lagi di kamar dengan pelan-pelan." (P6, perempuan, 40 tahun)

Partisipan melaporkan bahwa didampingi keluarga saat menerima edukasi maupun saat

menunggu operasi memberikan rasa tenang dan keberanian. Beberapa partisipan bahkan menyatakan bahwa tanpa keluarga, mereka tidak akan sanggup menjalani operasi.

"Saya sangat takut. Tapi karena ibu saya ada di samping, saya berani. Dokter bilang 'siapa?', saya lihat ibu saya, dia mengangguk, saya bilang 'siapa'." (P8, perempuan, 22 tahun)

"Suami saya selalu bilang 'tidak apa-apa, saya di sini'. Kata-kata itu lebih menenangkan daripada semua penjelasan dokter. Edukasi dari keluarga itu beda." (P1, perempuan, 45 tahun)

Meskipun peran keluarga sangat penting, partisipan mengeluhkan bahwa tenaga kesehatan jarang melibatkan keluarga secara aktif dalam sesi edukasi. Edukasi lebih sering diberikan langsung kepada pasien tanpa mempertimbangkan keberadaan pendamping.

"Perawat menjelaskan hanya ke saya, padahal anak saya ada di luar. Saya bilang 'panggilkan anak saya', perawat bilang 'nantinya saja Bu, ini sudah selesai'. Padahal anak saya yang lebih ngerti." (P3, perempuan, 58 tahun)

"Saya berharap keluarga boleh ikut mendengar penjelasan dari dokter. Tapi kami dipisah. Dokter bicara ke saya sendiri, padahal kondisi saya sedang lemas." (P5, laki-laki, 67 tahun)

Temuan ini memperkuat hasil penelitian Marlinda dkk. (2024) yang mengidentifikasi dukungan eksternal (keluarga) sebagai faktor utama yang meningkatkan kesiapan pasien praoperasi.

Preferensi Metode Edukasi yang Kontekstual dan Empatik

Tema ketiga mengungkap bahwa pasien tidak hanya menginginkan informasi yang

akurat, tetapi juga cara penyampaian yang sesuai dengan kondisi psikologis, budaya lokal, serta kebutuhan praktis mereka. Metode edukasi yang bersifat verbal satu arah dinilai kurang efektif dibandingkan metode yang melibatkan alat bantu, bahasa yang santun, serta pendekatan personal.

Partisipan menyatakan bahwa gambar, leaflet, atau video pendek akan sangat membantu mereka memahami prosedur bedah, terutama bagi mereka yang sulit memahami penjelasan verbal. Sayangnya, media semacam ini jarang tersedia.

"Kalau dikasih gambar, pasti saya lebih ngerti. Misalnya gambar perut mana yang akan dioperasi, gimana posisi sayatannya. Tapi tidak ada. Hanya omongan." (P7, laki-laki, 52 tahun)

"Saya lihat di TV ada edukasi pakai video, itu bagus. Di sini tidak ada. Saya hanya dijelaskan perawat dengan kata-kata. Cepet lupa." (P4, perempuan, 29 tahun)

Partisipan dari latar belakang budaya Medan (Batak, Melayu, Jawa) mengapresiasi tenaga kesehatan yang menggunakan bahasa sehari-hari yang santun dan tidak menggurui. Penggunaan logat lokal atau istilah yang familier dinilai membangun kedekatan psikologis.

"Perawat yang baik itu yang bicara pelan, mukanya ramah, dan pakai bahasa sopan. Kalau perawat galak, saya jadi tambah takut. Lebih baik tidak usah dijelaskan." (P3, perempuan, 58 tahun)

"Ada perawat yang bicara 'begini lo, nanti lo harus...' Saya sebagai orang Batak, nada bicara seperti itu terasa keras. Beda kalau yang bilang 'mari ibu, kita jelaskan pelan-pelan'." (P5, laki-laki, 67 tahun)

Pasien menginginkan edukasi tidak hanya diberikan satu kali di awal, melainkan diulang pada beberapa kesempatan dengan jeda waktu yang cukup, karena kecemasan dan kondisi fisik mempengaruhi daya serap mereka.

"Satu kali penjelasan tidak cukup. Saya lupa karena deg-degan. Saya harap perawat mau mengulang keesokan harinya, atau bahkan pagi sebelum operasi." (P2, laki-laki, 34 tahun)

"Dokter menjelaskan saat visit pagi, tapi saya masih setengah sadar karena semalam tidak tidur. Saya minta dijelaskan lagi siangnya, tapi dokter sudah sibuk. Perawat bilang 'sudah dijelaskan tadi'." (P1, perempuan, 45 tahun)

Temuan ini relevan dengan rekomendasi dari Alsolami (2025) bahwa metode edukasi praoperatif yang efektif harus mempertimbangkan preferensi pasien, termasuk penggunaan media visual dan pendekatan bertahap.

DISKUSI

Pembahasan ini mengintegrasikan temuan utama penelitian tentang persepsi pasien terhadap edukasi praoperatif di RSUD Dr. Pirngadi Medan, yang mencakup kesenjangan antara harapan dan realitas informasi, peran vital dukungan keluarga, serta preferensi metode edukasi yang kontekstual dan empatik. Temuan pertama menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan cenderung bersifat prosedural, tidak disesuaikan dengan tingkat pemahaman, dan disampaikan dalam waktu terburu-buru, sehingga menciptakan kesenjangan antara apa yang diharapkan pasien dengan realitas yang diterima. Secara kritis, kesenjangan ini tidak

semata-mata disebabkan oleh kelalaian perawat, melainkan mencerminkan kegagalan sistem dalam mengaplikasikan dimensi kenyamanan Kolcaba secara utuh. Edukasi yang hanya berfokus pada prosedur administratif (puasa, jam operasi) hanya menyentuh aspek fisik semu, namun sama sekali mengabaikan kebutuhan *relief* (terbebas dari kecemasan akan nyeri) dan *ease* (rasa tenang karena kepastian informasi). Pasien yang tidak mendapatkan penjelasan tentang sensasi nyeri dan efek samping akan terus berada dalam status hipervigilans, di mana sistem saraf simpatis teraktivasi terus-menerus sehingga menghambat proses kognitif mereka dalam menyerap informasi. Dari perspektif teoritis, perawat masih terperangkap dalam paradigma task-oriented karena belum adanya standar prosedur yang mewajibkan eksplorasi kekhawatiran spesifik pasien. Akibatnya, edukasi gagal mencapai fungsi transcendence-nya, yaitu membantu pasien melampaui rasa takut dan memaknai pengalaman bedah sebagai bagian dari proses penyembuhan yang terkendali. Dalam kerangka teori kenyamanan Kolcaba, kondisi ini mencerminkan kegagalan dalam mencapai rasa tenang (*ease*) karena ketidakpastian yang tinggi, terutama mengenai manajemen nyeri dan efek samping operasi. Hasil ini sejalan dengan penelitian Cahyanto dkk yang menemukan bahwa komunikasi yang jelas dan nyaman masih menjadi kebutuhan yang belum terpenuhi secara merata, serta penelitian Deressa dkk yang mengaitkan rendahnya kepuasan pasien dengan beban kerja perawat yang tinggi.^{5,18} Implikasinya, pendekatan edukasi praoperatif perlu bergeser dari task-oriented menuju patient-centered dengan konten

yang mencakup aspek psikologis dan manajemen nyeri, serta didukung oleh standar operasional prosedur yang mengatur waktu dan kedalaman informasi.

Temuan kedua mengungkap bahwa keluarga memiliki peran sentral sebagai penerjemah informasi, sumber keberanian, dan penguat emosional, namun peran ini belum diakomodasi secara formal dalam proses edukasi. Mengapa keluarga belum diakomodasi? Secara kritis, hal ini terjadi karena adanya bias profesional di mana tenaga kesehatan menganggap pasien sebagai entitas otonom yang harus menerima informasi secara individual, tanpa menyadari bahwa dalam konteks budaya kolektivistik masyarakat Medan, pemahaman dan pengambilan keputusan medis sangat dipengaruhi oleh jaringan sosial pasien. Padahal, secara neurobiologis, kehadiran keluarga menurunkan kadar kortisol dan meningkatkan oksitosin, yang secara langsung meningkatkan kapasitas pasien dalam memproses informasi yang mengancam. Kegagalan mengakomodasi keluarga bukan sekadar kelalaian prosedural, melainkan kegagalan sistem dalam mengakui keluarga sebagai komponen integral dari lingkungan kenyamanan pasien yang dalam teori Kolcaba nantinya akan dijelaskan sebagai pemenuhan kebutuhan keterhubungan (*affiliation*) dalam konteks sosial-budaya. Tanpa pelibatan keluarga, edukasi hanya berlangsung satu arah dan kehilangan kekuatan transformatifnya dalam membangun kesiapan mental pasien. Teori kenyamanan Kolcaba menempatkan dukungan sosial sebagai komponen penting dalam domain sosial-budaya, di mana kehadiran

keluarga memenuhi kebutuhan keterhubungan dan penghargaan. Penelitian Marlinda dan Cahyanto dkk juga menegaskan bahwa dukungan eksternal dari keluarga meningkatkan kesiapan dan menurunkan kecemasan pasien secara signifikan.^{17,5} Di konteks budaya Medan yang majemuk (Batak, Melayu, Jawa), nilai kekeluargaan yang kuat menjadikan pelibatan keluarga sebagai keharusan, bukan sekadar pilihan. Namun, penelitian ini menemukan bahwa tenaga kesehatan masih cenderung memberikan edukasi hanya kepada pasien, tanpa melibatkan pendamping yang justru lebih siap secara kognitif dan emosional. Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengadopsi model *patient-family dyad* dalam kebijakan edukasi, mengizinkan kehadiran keluarga saat penjelasan medis, serta menyediakan materi cetak atau digital yang dapat dibawa pulang untuk diulang oleh keluarga.

Temuan ketiga menunjukkan bahwa pasien memiliki preferensi yang jelas terhadap metode edukasi multimodal, yaitu penggunaan alat bantu visual (gambar, leaflet, video), gaya komunikasi yang santun dan kontekstual secara budaya, serta penyampaian informasi yang diulang secara bertahap. Preferensi ini selaras dengan penelitian Budhiartie yang membuktikan bahwa video edukasi praoperatif lebih efektif menurunkan kecemasan dibandingkan metode lisan, karena media visual membantu membentuk skema mental yang akurat dan mengurangi imajinasi negatif.⁹ Selain itu, aspek komunikasi yang santun dan menggunakan bahasa lokal menjadi kunci membangun kepercayaan pasien, sebagaimana ditekankan oleh Alsolami bahwa kepuasan pasien sangat

ditentukan oleh sikap empatik perawat.⁸ Fenomena anxiety-induced memory impairment juga menuntut adanya pengulangan informasi pada waktu yang berbeda (saat admisi, malam sebelum operasi, dan pagi hari operasi), sebuah praktik yang belum menjadi kebiasaan di RSUD Dr. Pirngadi Medan karena keterbatasan waktu dan koordinasi.

Keterkaitan antara ketiga tema ini membentuk suatu kesatuan utuh: kesenjangan informasi (tema 1) dapat diatasi dengan melibatkan keluarga sebagai *co-educator* (tema 2) dan menggunakan metode multimodal yang kontekstual (tema 3). Dengan demikian, edukasi praoperatif yang ideal harus bersifat personal (disesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan pasien), kolaboratif (melibatkan keluarga), serta multimodal (menggabungkan verbal, visual, dan pengulangan). Pendekatan ini sejalan dengan prinsip *patient and family-centered care* yang direkomendasikan secara internasional. Secara teoretis, penelitian ini memperkaya aplikasi teori kenyamanan Kolcaba dalam konteks keperawatan perioperatif di Indonesia dengan menambahkan dimensi budaya lokal dan preferensi komunikasi sebagai faktor penentu kenyamanan pasien.¹³ Secara praktis, rekomendasi yang dapat diberikan kepada RSUD Dr. Pirngadi Medan antara lain: menyusun standar prosedur edukasi yang mewajibkan penggunaan media visual sederhana, melatih perawat dalam komunikasi empatik dan sadar budaya, mengizinkan kehadiran keluarga selama sesi edukasi, serta menjadwalkan ulang edukasi minimal dua kali dengan jeda yang cukup. Meskipun memerlukan investasi sumber daya, intervensi ini berdampak

pada penurunan kecemasan, peningkatan kepuasan, dan outcome klinis yang lebih baik.

Penelitian ini memiliki keterbatasan, antara lain hanya dilakukan di satu rumah sakit daerah di Medan sehingga generalisasi perlu dilakukan secara hati-hati, partisipan terbatas pada pasien bedah elektif, serta tidak mengukur secara kuantitatif tingkat kecemasan atau kepuasan. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan metode mixed-method pada sampel yang lebih besar dan multi-situs. Secara keseluruhan, persepsi pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan mencerminkan kebutuhan mendesak akan transformasi edukasi praoperatif yang berpusat pada pasien, melibatkan keluarga, serta disampaikan secara multimodal dan empatik. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi landasan bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan perioperatif, tidak hanya di rumah sakit tersebut tetapi juga di fasilitas kesehatan lain dengan karakteristik serupa.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pasien bedah elektif di RSUD Dr. Pirngadi Medan mempersepsikan edukasi praoperatif masih belum optimal, ditandai dengan kesenjangan antara informasi yang diharapkan (manajemen nyeri, efek samping) dengan realitas yang bersifat prosedural dan terburu-buru. Keluarga memiliki peran vital sebagai penerjemah dan penguat emosional, namun belum diakomodasi secara formal. Pasien juga memiliki preferensi kuat terhadap metode edukasi multimodal, visual, bertahap, serta komunikasi yang santun dan kontekstual secara budaya. Implikasinya, rumah sakit perlu

menyusun standar edukasi yang berpusat pada pasien dan keluarga, menggunakan media visual, serta melatih perawat dalam komunikasi empatik. Dengan demikian, kualitas pengalaman perioperatif pasien dapat ditingkatkan secara bermakna.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan petunjuk-Nya. Penghargaan setinggi-tingginya saya sampaikan kepada pembimbing akademik yang telah memberikan arahan, masukan, serta motivasi selama proses penelitian berlangsung. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Direktur RSUD Dr. Pirngadi Medan beserta seluruh staf ruang bedah yang telah memberikan izin dan dukungan penuh. Kepada seluruh partisipan penelitian yang telah meluangkan waktu dan berbagi pengalaman, saya ucapkan terima kasih atas kepercayaan dan keterbukaannya. Tak lupa, keluarga dan sahabat yang senantiasa memberikan doa dan semangat. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

DAFTAR REFERENSI

1. Bates A, West MA, Jack S, Grocott MPW. Preparing for and not waiting for surgery. *Curr Oncol*. 2024;31(2):629-648.
2. Putri Kusuma Dewi A. Gambaran Beban Kerja pada Pelayanan Perioperatif Oleh Tenaga Kesehatan di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Arjawinangun. *Universitas Bhakti Kencana*. Preprint posted online 2024.
3. Darliana D, Isrofah I, Sujati NK. *Keperawatan Medikal Bedah*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia; 2024.
4. Sandra N, Kep M, Kep S, Handra ND, Rahmanisa NTA. *Edukasi Perioperatif: Persiapan Hingga Pelaksanaan Pada Pasien Laparatomi*. Zahir Publishing;

- 2023.
5. Cahyanto EB, Suratih K, Setyani RA. Addressing preoperative anxiety in surgical patients: A qualitative exploration of coping mechanisms and healthcare support. *J Educ Health Promot.* 2025;14(1):439.
6. Nugroho IA, Sulistyaningrum NDP, Kep M, et al. *Bunga Rampai Keperawatan Bedah: Pendekatan Dan Perawatan Pasien Pre Operasi, Intra-Operasi, Dan Pasca-Operasi.* Nuansa Fajar Cemerlang; 2025.
7. RATIH W. Case Report: Pengaruh pemenuhan informasi operasi FAM (fibroadenoma mammae) dengan tingkat kecemasan pasien preoperatif di rumah sakit Condong Catur (RSCC) Yogyakarta. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Husada.* Preprint posted online 2025.
8. Alsolami FJ. Nurse-Led Preoperative Education for Elective Surgery: Patient Satisfaction and Recall in a Mixed-Method Study. In: *Healthcare.* Vol 13. MDPI; 2025:2951.
9. Budianti N, Pratomo BY, Rahardjo S. Efektivitas informasi multimedia video (video dan lisan) untuk menurunkan tingkat kecemasan praanestesi umum pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi elektif dengan anestesi umum teknik intubasi. *J Komplikasi Anestesi.* 2018;5(3):9-18.
10. Fahmi D. *PERSEPSI: Bagaimana Sejatinnya Persepsi Membentuk Konstruksi Berpikir Kita.* Anak Hebat Indonesia; 2020.
11. OKTAVIANI HNUR. Perbedaan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Pada Penerapan Edukasi Digital Di RSUD Ibnu Sina Gresik. *Universitas Airlangga.* Preprint posted online 2022.
12. Wafa N. Pengaruh pemberian edukasi tentang kondisi pasien yang dirawat di icu dengan kecemasan keluarga pasien. *Universitas Islam Sultan Agung Semarang.* Preprint posted online 2025.
13. Pomalango ZB. Penerapan Teori Keperawatan Comfort Katharine Kolcaba dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Perioperatif. *J Anestesi.* 2023;1(3):118-128.
14. Dewi S, Rustam M. Pendekatan holistik pada asuhan keperawatan perioperatif dan penerapan teori kenyamanan kolcaba dalam keperawatan tinjauan. *Proceeding Heal Polytech Jakarta I.* 2025;1(1):26-40.
15. Purwanti E, Damanik SR. Comfort Theory Dari Katharine Kolcaba: Tinjauan Filosofis dan Aplikatif Dalam Praktik Keperawatan Modern. *JUKEJ J Kesehat Jompa.* 2025;4(4):1986-1995.
16. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, Kaakinen P. Patients' Experiences on Preoperative Telephone Education in Day Surgery: A Qualitative Study. *J PeriAnesthesia Nurs.* Published online 2026.
17. Agustin M, Hasriana H, Ose MI, Handayani F, Darni D, Damayanti A. Fenomenologi Pengalaman Pasien Pra Operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD dr. H. JUSUF SK. *MAHESA Malahayati Heal Student J.* 2024;4(10):4350-4365.
18. Deressa D, Gebreyohannis T, Boka A, Geneti Y. Satisfaction with preoperative education and surgical services among adults elective surgical patients at selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2022;10:20503121221143220.
19. La Kahija YF. *Penelitian Fenomenologis: Jalan Memahami Pengalaman Hidup.* PT kanisius; 2017.
20. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Heal.* 2019;11(4):589-597.