

Abstrak

GAMBARAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT

PADA PASIEN PASCABEDAH DI RUANG RAWAT INAP

RUMAH SAKIT

Kayla Rihardiny Bawany¹, Made Sumarwati², Hasby Pri Choiruna³

Latar Belakang: Pembedahan menimbulkan kerusakan jaringan yang menyebabkan nyeri akut pasca pembedahan sehingga memerlukan asuhan keperawatan yang tepat dan terdokumentasi dengan baik. Akan tetapi, berbagai penelitian menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan, termasuk penilaian nyeri, masih belum lengkap dan belum memenuhi standar. Minimnya penelitian terkait dokumentasi asuhan keperawatan pada nyeri akut pascabedah menunjukkan perlunya kajian lebih lanjut mengenai kelengkapan dokumentasi tersebut.

Metodologi: Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* untuk menggambarkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien pascabedah dengan nyeri akut. Penelitian dilakukan di salah satu rumah sakit pada Agustus–Desember 2025. Sampel terdiri dari 315 rekam medis sesuai kriteria inklusi. Penilaian dilakukan pada tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi menggunakan instrumen D-CATCH dan standar pengkajian nyeri PQRST.

Hasil Penelitian: Dokumentasi asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien pascabedah berada pada kategori cukup lengkap (67,9%) dan sangat lengkap (26,0%). Pengkajian pada kategori ada tetapi tidak relevan atau tidak lengkap (55,9%), diagnosis pada kategori lengkap, akurat, dan sesuai standar (93,7%), perencanaan pada kategori lengkap, akurat, dan sesuai standar (73,3%), implementasi pada kategori lengkap, akurat, dan sesuai standar (95,2%), dan evaluasi pada kategori lengkap, akurat, dan sesuai standar (79,0%).

Kesimpulan: Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien pascabedah di ruang rawat inap rumah sakit berada pada kategori cukup lengkap (67,9%) dan sangat lengkap (26,0%).

Kata kunci: *Asuhan Keperawatan, Dokumentasi, Kelengkapan, Nyeri Akut*

Abstract

OVERVIEW OF ACUTE PAIN NURSING CARE DOCUMENTATION IN POSTOPERATIVE PATIENTS IN HOSPITAL INPATIENT WARDS

Kayla Rihardiny Bawany¹, Made Sumarwati², Hasby Pri Choiruna³

Background: Surgery causes tissue damage that results in acute postoperative pain, requiring appropriate and well-documented nursing care. However, various studies indicate that nursing documentation, including pain assessment, is often incomplete and does not fully meet established standards. The limited number of studies focusing on nursing care documentation for acute postoperative pain highlights the need for further investigation into the completeness of such documentation.

Methodology: This study employed a descriptive quantitative design with a cross-sectional approach to describe the completeness of nursing care documentation in postoperative patients experiencing acute pain. The study was conducted at on of the hospital from August to December 2025. A total of 315 medical records were included based on the inclusion criteria. Documentation was assessed across the stages of assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation using the D-CATCH instrument and the PQRST pain assessment standard.

Results: The documentation of acute pain nursing care in postoperative patients was categorized as fairly complete (67.9%) and very complete (26,0%). The assessment stage was mostly categorized as present but not relevant or incomplete (55.9%). Documentation of nursing diagnoses was categorized as complete, accurate, and in accordance with standards (93.7%), as were planning (73.3%), implementation (95.2%), and evaluation (79.0%).

Conclusion: The completeness of acute pain nursing care documentation in postoperative patients in the inpatient wards of hospital was classified as fairly complete (67.9%) and very complete (26,0%).

Keywords: *Nursing Care, Documentation, Completeness, Acute Pain*