

Studi Kelengkapan Dokumentasi Laporan Anestesi di Rumah Sakit Tk III 04.06.01 Wijayakusuma

Yunia Dina Lestary^{1*}, Rahmaya Nova Handayani², Noor Yunida Triana³,
Made Suandika⁴

¹⁻⁴Universitas Harapan Bangsa, Jawa Tengah, Indonesia
yunialestari12345@gmail.com^{1*}, rahmayanova@uhb.ac.id², noortriana87@gmail.com³
madesuandika@uhb.ac.id⁴

Info Artikel

Submit, 07 Mei 2026
Review, 19 Juni 2026
Diterima, 07 Juli 2026

Kata Kunci:

Anestesi, kelengkapan, laporan anestesi, rekam medis

Keywords:

Anaesthesia, completeness of documentation, anaesthesia report, medical record.

ABSTRAK

Latar Belakang: Kelengkapan dokumentasi laporan anestesi merupakan indikator penting mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dokumentasi yang tidak lengkap dapat menghambat perencanaan anestesi, evaluasi klinis, serta berpotensi menimbulkan risiko hukum. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi laporan anestesi pada tahap pra anestesi, intra anestesi, dan pasca anestesi di Rumah Sakit Tk III Wijayakusuma. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi terhadap 270 dokumen laporan anestesi yang memenuhi kriteria inklusi dari total 303 dokumen. Penilaian kelengkapan dilakukan menggunakan checklist berdasarkan format rekam medis anestesi yang berlaku di rumah sakit. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan pengkajian pra anestesi sebesar 89,6%, laporan pra anestesi 91,6%, pengkajian pra induksi 67,3%, laporan intra anestesi 99,8%, monitoring intra anestesi 73,8%, laporan khusus sectio caesarea 3,9%, pengkajian pasca anestesi 74,6%, dan monitoring pasca anestesi 95,4%. **Kesimpulan:** Temuan ini menunjukkan bahwa tidak ada indikator dokumentasi laporan anestesi yang mencapai tingkat kelengkapan 100%. Diperlukan penguatan regulasi, pelatihan berkelanjutan, dan optimalisasi sistem dokumentasi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

ABSTRACT

Background: The completeness of anaesthesia documentation serves as a critical indicator of service quality and patient safety. Incomplete records can hinder its planning and clinical evaluation, while also posing potential legal risks. **Objective:** This study aims to evaluate the documentation completion rates across the pre-anaesthetic, intra-anaesthetic, and post-anaesthetic phases at Tk III Wijayakusuma Hospital. **Method:** Employing a descriptive quantitative with a retrospective approach, data were collected by observing 270 anaesthesia records out of a total 303 documents. Completeness was assessed using a checklist based on the hospital's standardized medical record formats. **Result:** The results revealed completion rates of 89.6% for pre-anaesthetic assessments, 91.6% for pre-anaesthetic reports, and 67.3% for pre-induction assessments. Intra-anaesthetic reports reached 99.8%, while intra-anaesthetic monitoring stood at 73.8%. Notably, specialized reports for Caesarean sections presented a low completion rate of only 3.9%. Post-anaesthetic assessments and monitoring were recorded at 74.6% and 95.4%. **Conclusion:** These findings indicate that no single documentation indicator achieved full compliance. Strengthening

regulations, providing ongoing training, and refining documentation systems are essential to enhance care quality and ensuring patient safety.



Khatulistiwa Nursing Journal is licensed under
A Creative Commons Attribution 4.0 International License
Copyright ©2026 STIKes YARSI Pontianak. All rights reserved

1. PENDAHULUAN

Pelayanan anestesiologi merupakan tindakan medis yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesiologi dengan bantuan penata anestesi, yang mencakup tahap praanestesi, intraanestesi, dan pascaanestesi (Kemenkes RI, 2020). Mutu pelayanan anestesi tidak terlepas dari kelengkapan dokumentasi rekam medis sebagai salah satu indikator kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (Ahadi et al., 2024). Rekam medis yang lengkap berfungsi sebagai sumber informasi klinis, aspek legal, pembiayaan, serta evaluasi pelayanan kesehatan (Azis et al., 2022). Seiring perkembangan teknologi, penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi dokumentasi. Namun, kelengkapan pengisian tetap dipengaruhi oleh faktor tenaga kesehatan, seperti beban kerja, pengetahuan, dan ketersediaan waktu (Istianah et al., 2024). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa beban kerja yang tinggi berhubungan dengan ketidaklengkapan dokumentasi (Miftakhudin et al., 2023).

Rumah Sakit Tk III 04.06.01 Wijayakusuma memiliki volume tindakan operasi yang cukup tinggi, jumlah pasien yang menjalani operasi dengan tindakan anestesi pada periode Januari-Juni 2025 tercatat sebanyak 1.593 pasien, dengan rata-rata sekitar 266 pasien per bulan. Pada bulan Juli, jumlah pasien meningkat menjadi 304 pasien, menunjukkan kecenderungan peningkatan kasus operasi di rumah sakit ini. Keterbatasan jumlah tenaga anestesi menyebabkan tingginya beban kerja, sehingga berpotensi mempengaruhi kelengkapan dokumentasi, terutama pada tahap intraanestesi. Faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi di antaranya adalah pengetahuan, sikap, pengalaman bekerja, tingkat pendidikan serta dukungan organisasi seperti beban kerja, rasio perawat dan pasien, pelatihan dan ketersediaan pedoman (Istianah et al., 2024). Penelitian yang dilakukan oleh Miftakhudin et al. (2023) menemukan adanya hubungan signifikan antara beban kerja dan kelengkapan dokumentasi keperawatan ($p = 0,045$). Hasil penelitian tersebut menegaskan bahwa semakin tinggi beban kerja yang ditanggung perawat, maka kecenderungan untuk tidak melengkapi dokumentasi juga meningkat.

Sejumlah penelitian sebelumnya juga menegaskan adanya masalah kelengkapan dokumentasi anestesi. Penelitian oleh Valentina dan Melayu (2020) di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan menemukan hanya 24 dari 88 formulir anestesi terisi lengkap. Temuan serupa di Malang menunjukkan asesmen pra-anestesi hanya dilakukan pada 19,5% dari 43 operasi elektif dan tidak ada yang terdokumentasi sesuai prosedur (Agustini et al., 2020). Penelitian di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang menunjukkan kelengkapan asesmen praanestesi 94,6%, prainduksi 91,4%, laporan intraoperative 96,8%, monitoring intraanestesi 93,5% dan

pascaanestesi 91,4%. Meskipun persentasenya mendekati sempurna, angka tersebut masih di bawah standar pelayanan minimal rumah sakit yang mensyaratkan kelengkapan 100% (Susilawati et al., 2024)

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008, rekam medis harus terisi lengkap 100% dalam waktu 24 jam. Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi anestesi masih belum mencapai standar tersebut. Pendokumentasian anestesi memegang peran penting dalam menjamin tersedianya informasi yang lengkap terkait jenis anestesi, tindakan yang dilakukan, respon pasien, hingga potensi komplikasi. Namun, hambatan sering terjadi akibat ketidakseimbangan jumlah tenaga kesehatan dengan volume operasi yang harus dilayani. Tekanan waktu dan durasi operasi yang singkat meningkatkan risiko kelalaian pencatatan (Marwan et al., 2025). Kondisi tersebut berpotensi menurunkan kualitas pelayanan, mengurangi validitas data medis, bahkan dapat menimbulkan masalah hukum jika terjadi sengketa.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan anestesiologi menjadi indikator penting yang harus dipenuhi untuk menjaga mutu layanan dan keselamatan pasien (Ahadi et al., 2024). Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan anestesiologi di Rumah Sakit Tk III 04.06.01 Wijayakusuma sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan.

2. METODE

Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan rancangan *Retrospektif*. Desain *Retrospektif* merupakan rancangan penelitian yang menggunakan data masa lalu untuk dianalisis guna mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan suatu masalah atau kondisi pada populasi yang diteliti. Artinya, setiap subjek penelitian menggunakan data sekunder seperti rekam medis atau arsip untuk ditelaah kembali (Alwi et al., 2023)

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh dokumen laporan anestesi pada bulan Juli 2025. Teknik sampling menggunakan nonprobability sampling dengan metode total sampling. Dari 303 dokumen, setelah seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, diperoleh 270 dokumen yang memenuhi kriteria dan dianalisis.

Variabel

Dalam penelitian ini hanya terdapat satu variabel yang dijelaskan yaitu kelengkapan dokumentasi laporan anestesi di RS Tk III 04.06.01 Wijayakusuma Purwokerto. Setiap item laporan anestesi ditelaah menggunakan lembar checklist berdasarkan format formulir rekam medis rumah sakit untuk menilai kelengkapan, kemudian dianalisis dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

Instrumen

Instrumen yang digunakan berupa *checklist* berdasarkan format formulir rekam medis rumah sakit untuk menilai kelengkapan dokumentasi. *Checklist* kelengkapan dokumentasi laporan anesthesiologi, yang digunakan untuk menilai variabel, yaitu kelengkapan dokumentasi pada fase praanestesi, intraanestesi dan pascaanestesi. *Checklist* ini disusun berdasarkan format lembar dokumentasi yang digunakan di rumah sakit tempat penelitian berlangsung, sehingga dianggap memiliki validitas isi yang memadai. *Checklist* dibuat dalam bentuk digital menggunakan *google form*, sehingga mempermudah proses pengisian, rekapitulasi, serta mengurangi risiko kesalahan pencatatan manual. Instrumen disusun menggunakan skala Guttman, yaitu skala pengukuran yang memberikan pilihan jawaban secara dikotomis, seperti “Lengkap” diberi skor 1 dan “Tidak Lengkap” diberi skor 0. Hasil penilaian kemudian dihitung dalam bentuk presentase.

Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah metode dokumentasi, yaitu teknik pengumpulan data dengan cara menelaah dokumen rekam medis pasien yang telah menjalani tindakan anestesi. Dokumen rekam medis yang ditelaah berbentuk Rekam Medis Elektronik (RME) sesuai dengan sistem pencatatan yang digunakan di rumah sakit. Teknik ini digunakan untuk memperoleh informasi mengenai kelengkapan pengisian laporan anestesi pada fase praanestesi, intraanestesi dan pascaanestesi.

Proses pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar observasi *checklist* yang mencatat kelengkapan elemen pada formulir laporan anestesi dari Rekam Medis Elektronik (RME). *Checklist* ini dapat diisi langsung oleh peneliti dalam bentuk digital melalui Google Form. sehingga data terekam secara otomatis, mempermudah rekapitulasi, dan langsung siap dianalisis secara deskriptif menggunakan perangkat lunak seperti Excel atau SPSS.

Analisa Data

Dalam penelitian ini, analisa univariat digunakan untuk menggambarkan tingkat kelengkapan dokumentasi laporan anestesi pada rekam medis pasien di RS Tk III Wijayakusuma. Hasil ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan presentase, dengan rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

P = Presentase masing-masing kelompok

f = Frekuensi atau jumlah setiap kelompok

n = Jumlah sampel penelitian

Kelayakan Etik

Penelitian ini sudah lolos melalui telaah etik dengan Nomor Surat: B. LPPM-UHB/1176/11/2025.

3. HASIL

Penelitian ini menggambarkan tingkat kelengkapan pengisian laporan anestesi di Rumah Sakit TK III Wijayakusuma. Pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada tanggal 24 November – 1 Desember 2025. Analisis kelengkapan laporan anestesi meliputi laporan pra anestesi, intra anestesi dan pasca anestesi. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, data mengenai kelengkapan pengkajian laporan anestesi pra, intra dan pasca dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu lengkap dan tidak lengkap:

Tabel 1.
Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Pra Anestesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Identitas Pasien	270	100	-	-	100
Tanggal dan Jam Pengkajian	269	99,6	1	0,4	100
Anamnesa	270	100	-	-	100
Riwayat asma, alergi, DM, hipertensi	270	100	-	-	100
Riwayat operasi dan anestesi	270	100	-	-	100
Komplikasi	258	95,6	12	4,4	100
BB dan TB	79	29,3	191	70,7	100
Keadaan Umum	268	99,3	2	0,7	100
Kesadaran	269	99,6	1	0,4	100
Tanda-tanda vital	270	100	-	-	100
Konjungtiva / Sclera	105	38,9	165	61,1	100
Malampati	270	100	-	-	100
Pemeriksaan Tambahan	269	99,6	1	0,4	100
Persetujuan Anestesi	270	100	-	-	100
Premedikasi	269	99,6	1	0,4	100
ASA	270	100	-	-	100
Jam Puasa	270	100	-	-	100
Teknik anestesi dan sedasi	270	100	-	-	100
Regional Anestesi	270	100	-	-	100
Persediaan Darah	70	25,9	200	74,1	100
Teknik khusus	198	73,3	72	26,7	100
Monitoring	270	100	-	-	100
Perawatan Pasca Anestesi	270	100	-	-	100
Total Kelengkapan Pencatatan	89,6%		10,4%		100

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh pengkajian pra anestesi ditemukan bahwa sebanyak 89,6% item tercatat lengkap dan 10,4% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 2.
Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Laporan Pra Anestesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Diagnosa pre operasi	270	100	-	-	100
Diagnosa post operasi	270	100	-	-	100
Jenis pembedahan	270	100	-	-	100
Tanggal operasi	44	16,3	226	83,7	100
Kamar operasi	270	100	-	-	100
Bagian/ruang	270	100	-	-	100
Dokter bedah	270	100	-	-	100

Asisten bedah	270	100	-	-	100
Dokter anastesi	270	100	-	-	100
Asisten anastesi	270	100	-	-	100
Total Kelengkapan Pencatatan	91,6%	8,4%	100		

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi laporan pra anastesi, 91,6% item tercatat lengkap dan 8,4% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 3.

Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Pra Induksi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Kesadaran	269	99,6	1	0,4	100
Nilai GCS	268	99,3	2	0,7	100
Airway	270	100	-	-	100
Tekanan darah	258	95,6	12	4,4	100
Nadi	270	100	-	-	100
Support	155	57,4	115	42,6	100
Respirasi	268	99,3	2	0,7	100
BB dan TB	7	2,6	263	97,4	100
Golongan darah	22	8,1	248	91,9	100
Pemeriksaan Penunjang	265	98,1	5	1,9	100
Penyakit penyerta	26	9,6	244	90,4	100
Terapi	18	6,7	252	93,3	100
Status fisik ASA	267	98,9	3	1,1	100
Total Kelengkapan Pencatatan	67,3%	32,7%	100		

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi pengkajian pra anastesi, 67,3% item tercatat lengkap dan 32,7 item tercatat tidak lengkap.

Tabel 4.

Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Laporan Intra Anastesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Jenis anastesi Regional / General	270	100	0	0	100
Posisi pasien	269	99,6	1	0,4	100
Obat	269	99,6	1	0,4	100
Total Kelengkapan Pencatatan	99,8%	0,2%	100		

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi laporan intra anastesi, 99,8% item tercatat lengkap dan 0,2% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 5.

Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Monitoring Intra Anastesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Jam	241	89,3	29	10,7	100
O ₂ , N ₂ O, Air, Volatile	239	88,5	31	11,5	100
EKG	238	88,1	32	11,9	100

SpO2	239	88,5	31	11,5	100
Infus	240	88,9	30	11,1	100
Grafik monitoring TTV	239	88,5	31	11,5	100
Obat yang diberikan	203	75,2	67	24,8	100
Pemberian cairan	266	98,5	4	1,5	100
Total asupan cairan	266	98,5	4	1,5	100
Total keluaran cairan	35	13	235	87	100
Masalah durate operasi	29	10,7	241	89,3	100
Lama anestesi	268	99,3	2	0,7	100
Lama operasi	268	99,3	2	0,7	100
Tindakan	19	7	251	93	100
Total Kelengkapan Pencatatan	73,8%		26,2%		100

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi laporan Monitoring intra anestesi, 73,8% item tercatat lengkap dan 26,2% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 6.

Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Laporan Khusus SC

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Jam lahir	12	4,4	258	95,6	100
Kedaan bayi	12	4,4	258	95,6	100
Jenis kelamin (L/P)	12	4,4	258	95,6	100
Apgar skor	3	1,1	267	98,9	100
BBL	12	4,4	258	95,6	100
PBL	12	4,4	258	95,6	100
Total Kelengkapan Pencatatan	3,9%		96,1%		100

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi laporan Khusus SC 3,9% item tercatat lengkap dan 96,1% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 7.

Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Dokumentasi Laporan Pasca Anestesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Ruang pemulihan	268	99,3	2	0,7	100
Kesadaran	269	99,6	1	0,4	100
Nilai GCS	268	99,3	2	0,7	100
Tekanan darah	264	97,8	6	2,2	100
Nadi	269	99,6	1	0,4	100
Support/obat	108	40	162	60	100
Respirasi	268	99,3	2	0,7	100
Komplikasi	48	17,8	222	82,2	100
Tindakan	50	18,5	220	81,5	100
Total Kelengkapan Pencatatan	74,6%		25,4%		100

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi pengkajian pasca anestesi, 74,6% item tercatat lengkap dan 25,4% item tercatat tidak lengkap.

Tabel 8.
Distribusi Frekuensi dan Presentase Kelengkapan Monitoring Pasca Anestesi

Item	Lengkap		Tidak Lengkap		Total
	F	%	F	%	%
Jam	240	88,9	30	11,1	100
Grafik monitoing TTV	236	87,4	34	12,6	100
Scoring pasca anestesi	236	87,4	34	12,6	100
Instruksi pasca anestesi	269	99,6	1	0,4	100
Instruksi pasca bedah	269	99,6	1	0,4	100
Jam pindah ke ruangan	270	100	-	-	100
TTD dokter anestesi	270	100	-	-	100
TTD penata anestesi	270	100	-	-	100
Total Kelengkapan Pencatatan		95,4%		4,6%	100

Sumber: Lembar Checklis 24 November – 1 Desember 2025

Berdasarkan tabel di atas, dari seluruh dokumentasi monitoring pasca anestesi, 95,4% item tercatat lengkap dan 4,6% item tercatat tidak lengkap.

4. PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi anestesi pada seluruh tahapan belum mencapai standar ideal. Pada tahap pengkajian pra anestesi, masih ditemukan kekurangan pada item penting seperti BB/TB, persediaan darah, konjungtiva/sclera dan Teknik khusus. Ketidaklengkapan pencatatan BB/TB kemungkinan terjadi karena data tersebut telah tersedia pada asesmen keperawatan atau rekam medis pasien sehingga petugas menganggap tidak perlu melakukan pencatatan ulang pada formulir anestesi. Sementara itu, informasi mengenai persediaan darah, konjungtiva/skleral, dan teknik khusus dapat terlewat apabila petugas lebih berfokus pada kondisi klinis utama pasien atau menganggap item tersebut tidak relevan pada kasus tertentu. Ketidaklengkapan informasi tersebut dapat berpotensi memengaruhi perencanaan anestesi dan keselamatan pasien karena data tersebut diperlukan dalam penentuan dosis obat anestesi, evaluasi status klinis, kesiapan transfusi, dan pemilihan teknik anestesi (Omole et al., 2021). Hasil penelitian ini sejalan dengan studi sebelumnya. Valentina & Melayu (2020) menemukan ketidaklengkapan dokumentasi pra anestesi pada komponen pemeriksaan keadaan pra bedah mencapai 72%, sementara Zahid et al. (2025) menemukan tidak ada rekam evaluasi pra-anestesi yang terdokumentasi secara penuh, terutama pada pemeriksaan tambahan, premedikasi, serta berat badan (BB). Evaluasi praanestesi merupakan tahapan penting untuk menilai kondisi pasien dan mengidentifikasi potensi risiko sebelum Tindakan anestesi (Bunare et al., 2023).

Pada laporan pra anestesi, secara umum dokumentasi telah dilakukan dengan baik, namun pencatatan tanggal operasi masih banyak tidak terisi. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena tanggal operasi telah tercantum pada bagian administrasi lain, seperti jadwal operasi atau sistem rekam medis elektronik, sehingga petugas menganggap tidak perlu melakukan pencatatan ulang pada formulir laporan anestesi. Selain itu, pencatatan tanggal operasi sering kali dipandang sebagai informasi administratif dibandingkan informasi klinis sehingga lebih mudah terlewat ketika

fokus petugas tertuju pada persiapan tindakan anestesi. Meskipun secara umum dokumentasi laporan pra anestesi sudah baik, ketidaklengkapan pada aspek waktu dapat menimbulkan risiko kesalahan administrasi dan mengganggu koordinasi pelayanan. Pencatatan tanggal dan waktu yang akurat sangat penting dalam menjamin kesinambungan pelayanan serta keselamatan pasien (Alruwaili et al., 2023).

Tahap pengkajian pra induksi menunjukkan tingkat kelengkapan yang relatif rendah, masih ditemukan ketidaklengkapan pada informasi klinis seperti berat badan/tinggi badan (BB/TB), penyakit penyerta, terapi yang sedang dijalani, dan golongan darah. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena pengkajian pra induksi lebih difokuskan pada penilaian cepat terhadap kesiapan pasien sebelum induksi anestesi, sehingga tenaga kesehatan cenderung memprioritaskan tindakan klinis dibandingkan kelengkapan dokumentasi. Selain itu, item seperti penyakit penyerta, terapi yang sedang dijalani, dan golongan darah memerlukan proses penelusuran kembali terhadap rekam medis atau hasil pemeriksaan penunjang apabila informasi tersebut tidak tersedia secara langsung pada saat asesmen, sehingga berpotensi tidak terdokumentasi. Informasi tersebut sangat penting untuk menentukan dosis obat anestesi, mengidentifikasi risiko perioperatif, mengantisipasi interaksi obat, mempersiapkan kebutuhan transfusi apabila diperlukan, serta mendukung pengambilan keputusan klinis sebelum induksi anestesi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Agustini et al., 2020) bahwa assesmpen pra induksi hanya dilakukan pada 19,5% dari total 43 kasus operasi elektif, tidak satupun yang menuliskan hasil asesmen pada dokumen yang semestinya. Kondisi ini berisiko terhadap ketepatan penilaian kondisi pasien sebelum induksi anestesi, yang merupakan fase krusial dalam menentukan keamanan tindakan (Mumtaz et al., 2025).

Pada laporan intra anestesi tingkat kelengkapannya sangat tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pencatatan selama tindakan anestesi telah dilakukan secara optimal dan konsisten meskipun masih terdapat item yang tidak terisi pada bagian posisi pasien dan obat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh (Susilawati et al., 2024) dimana kelengkapan laporan anestesi sebesar 96,8%, menunjukkan pencatatan yang konsisten dan hampir sempurna pada fase laporan intra anestesi. Dokumentasi yang lengkap pada fase ini penting untuk memastikan prosedur berjalan sesuai standar, mendukung evaluasi dan mendukung kontinuitas pelayanan. Namun, kekurangan pada pencatatan posisi pasien dan obat tetap perlu diperhatikan karena berperan penting dalam pencegahan komplikasi, keselamatan pasien, dan pengambilan keputusan anestesi selanjutnya (Putra et al., 2022).

Tahap monitoring intra anestesi, masih ditemukan ketidaklengkapan pada beberapa item seperti total cairan keluar, durasi operasi, dan tindakan. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena pencatatan item tersebut memerlukan pembaruan secara berkelanjutan selama operasi berlangsung serta melibatkan koordinasi dengan anggota tim lain, sehingga berisiko terlewat apabila tidak dilakukan pencatatan secara langsung. Dokumentasi monitoring yang lengkap pada formulir rekam medis

intra anestesi menjadi dasar bagi tim medis lain dalam merencanakan asuhan pasien (Susilawati et al., 2024). Ketidaklengkapan ini dapat memengaruhi evaluasi keseimbangan cairan, pemantauan komplikasi intraoperatif, serta dokumentasi tindakan selama anestesi. Informasi tersebut sangat penting untuk keselamatan pasien, karena menjadi dasar pengambilan keputusan klinis, pemantauan kondisi hemodinamik, serta perencanaan tindak lanjut pasca anestesi (Omole et al., 2021).

Pada laporan khusus Sectio Caesarea (SC), tingkat kelengkapannya sangat rendah. Rendahnya kelengkapan ini bukan sepenuhnya karena kelalaian petugas, tetapi karena tidak adanya penandaan khusus pada item yang tidak relevan, sehingga dianggap tidak lengkap. Pada dokumen yang dianalisis, item terakiat laporan khusus SC pada kasus non-SC tidak diberi tanda khusus melainkan dibiarkan kosong. Selain itu, ketidaklengkapan juga ditemukan pada beberapa dokumen, terutama pada item seperti Apgar skor yang memiliki tingkat ketidaklengkapan tertinggi. Ketidaklengkapan ini memiliki potensi terhadap evaluasi status neonatal, perencanaan tindak lanjut pasca operasi, serta pencatatan administrasi rumah sakit (Indrasari et al., 2025).

Tahap pengkajian pasca anestesi, masih ditemukan ketidaklengkapan pada item seperti terapi lanjutan support/obat, komplikasi dan tindakan. Presentase kelengkapan ini masih lebih rendah dibandingkan temuan penelitian oleh Susilawati et al (2024) yang melaporkan bahwa mayoritas dokumentasi pasca anestesi (91,4%) telah terisi lengkap. Kondisi ini terjadi karena tenaga kesehatan lebih berfokus pada pemantauan kondisi pasien selama fase pemulihan sehingga beberapa item dokumentasi belum terisi secara lengkap. Selain itu, item komplikasi, terapi lanjutan, dan tindakan sering kali dibiarkan kosong apabila tidak ditemukan komplikasi atau tidak dilakukan tindakan tertentu, tanpa adanya penandaan khusus yang menunjukkan kondisi tersebut. Dokumentasi pengkajian pasca anestesi sangat penting karena fase pemulihan merupakan periode yang berisiko terjadinya komplikasi seperti gangguan jalan napas, depresi pernapasan, maupun ketidakstabilan hemodinamik. Pencatatan yang lengkap mengenai tindakan, komplikasi serta terapi yang diberikan diperlukan untuk mendukung evaluasi kondisi pasien, mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut, serta menjadi dasar dalam pengambilan Keputusan klinis pada perawatan lanjutan (Dewi et al., 2022).

Pada tahap monitoring pasca anestesi, dokumentasi secara umum telah dilakukan dengan baik, meskipun masih terdapat kekurangan pada pencatatan waktu pemantauan dan grafik tanda vital. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena pencatatan dilakukan secara berkala selama proses pemulihan sehingga beberapa waktu observasi atau hasil pemantauan dapat terlewat untuk didokumentasikan. Ketidaklengkapan ini dapat mempengaruhi evaluasi kondisi pasien, karena parameter tersebut penting untuk menilai stabilitas pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Susilawati et al., 2024) bahwa Presentase kelengkapan dokumentasi rekam medis pasca anestesi pada penelitian ini adalah sebesar 91,4%. Standar akreditasi mengharuskan rumah sakit menerapkan pemantauan pasien pasca anestesi di ruang pemulihan maupun intensif, dengan pencatatan dokumentasi yang

lengkap pada rekam medis, termasuk pencatatan waktu pemantauan serta perkembangan kondisi pasien selama proses pemulihan (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan hasil analisis kuantitatif, kelengkapan dokumentasi laporan anestesi pada seluruh tahapan pelayanan anestesi belum mencapai standar ideal. Dokumentasi rekam medis seharusnya terisi secara lengkap, akurat, tepat waktu, dan konsisten pada seluruh tahapan pelayanan anestesi mulai dari pengkajian pra anestesi, hingga pasca anestesi (Valentina & Melayu, 2020). Rendahnya kelengkapan pada item seperti berat dan tinggi badan, penyakit penyerta, terapi, support atau obat, tindakan, serta komplikasi pada fase pra anestesi, pra induksi, dan pasca anestesi menunjukkan bahwa pencatatan yang memerlukan analisis klinis dan kesadaran dokumentasi yang lebih tinggi cenderung sering terlewat dibandingkan pencatatan administratif.

Kurangnya pelatihan formal terkait pengisian laporan anestesi dapat menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kelengkapan dokumentasi. Pelatihan pendokumentasian yang berkelanjutan berperan dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan sehingga pencatatan menjadi lebih konsisten dan sesuai standar (Bolado et al., 2023). Temuan ini diperkuat oleh Mutema et al. (2024) yang menegaskan bahwa pelatihan dokumentasi berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan, sehingga berdampak langsung pada peningkatan kelengkapan dan kualitas dokumentasi anestesi.

Ketidaklengkapan dokumentasi anestesi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pelatihan, tetapi juga oleh tidak tersedianya panduan penulisan rekam medis yang baku. Hal ini tercermin dari rendahnya kelengkapan pengkajian pra induksi, monitoring intra anestesi, pengkajian pasca anestesi, serta laporan khusus SC. Tingkat kelengkapan yang sangat rendah tersebut lebih menunjukkan keterbatasan panduan pengisian dibandingkan kesalahan pencatatan klinis, karena belum adanya aturan tertulis mengenai cara mengisi item yang tidak relevan, apakah harus diberi tanda khusus atau dibiarkan kosong. Studi menunjukkan bahwa tidak adanya pedoman penulisan yang jelas salah satu penyebab utama ketidaklengkapan pengisian rekam medis, karena meningkatkan variasi praktik pencatatan antar tenaga kesehatan (Ngozi et al., 2024).

Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) juga berpengaruh terhadap variasi tingkat kelengkapan dokumentasi pada setiap fase anestesi. Tingginya kelengkapan pada laporan pra anestesi, laporan intra anestesi dan monitoring pasca anestesi menunjukkan bahwa RME efektif mendukung pengisian item wajib dan administratif melalui sistem isian terstruktur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa RME dapat meningkatkan kelengkapan dokumentasi apabila dirancang dengan item yang relevan dan disertai sosialisasi penggunaan yang memadai (Efendy & Gunawan, 2025). Namun, masih ditemukannya ketidaklengkapan pada berbagai indikator laporan anestesi menunjukkan bahwa tidak seluruh item dalam RME dirancang sebagai isian wajib dan belum dilengkapi panduan pengisian yang spesifik, akibatnya, beberapa item penting dapat terlewat meskipun tindakan klinis telah dilakukan. Literatur menyebutkan bahwa

keberhasilan implementasi RME dalam meningkatkan kelengkapan dokumentasi sangat bergantung pada kesesuaian desain sistem, ketersediaan SOP yang adaptif, serta peningkatan kompetensi pengguna (Ngozi et al., 2024).

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kelengkapan dokumentasi laporan anestesi di Rumah Sakit Tk III Wijayakusuma, dapat disimpulkan bahwa, tidak terdapat satu pun indikator dokumentasi laporan anestesi yang mencapai tingkat kelengkapan 100%. Meskipun beberapa bagian seperti laporan intra anestesi dan monitoring pasca anestesi menunjukkan tingkat kelengkapan yang tinggi, masih terdapat item-item penting yang tidak terdokumentasi dengan baik. Ketidaklengkapan dokumentasi tersebut diduga berkaitan dengan beberapa faktor, antara lain kurangnya pelatihan pendokumentasian yang berkelanjutan sehingga petugas tidak memiliki keterampilan dan konsistensi dalam pencatatan laporan anestesi, ketersediaan panduan rekam medis anestesi yang belum memadai, dan tidak menjelaskan secara rinci cara mengisi setiap item sesuai standar, serta implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) yang belum optimal, di mana tidak semua item di sistem dirancang sebagai isian wajib dan panduan teknis penggunaannya belum tersosialisasi dengan baik, sehingga beberapa item penting masih terlewat.

6. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada Rumah Sakit Tk III Wijayakusuma dan semua pihak yang telah membantu dan bisa bekerja sama dengan baik.

7. REFERENSI

- Agustini, E., Wardhani, V., & Astari, A. M. (2020). Artikel Penelitian Asesmen Praanestesi : Bukan Sekedar Kepatuhan 1 Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. *Hospital Accreditation*, 02(4), 32–40.
- Alruwaili, M. A., Alanazi, A. S. M., S, Y. D., Alharthi, F. M. H., Almurayhil, N. M. M., Alharbi, A. M., Almatrafi, K. S. S., Almalky, E. Y. O., Alshammari, M. J. K., & Alharthi, M. S. M. (2023). *Letters in High Energy Physics The Importance of Accurate Documentation in Clinical Settings and Hospital Management*. 2023(3), 1013–1027.
- Alwi, J., Sari, M. P., Rustam, M. Z. A., Rahayu, D., & Febriyanti, I. (2023). *Metode Penelitian Epidemiologi* (A. Hairil (ed.); Vol. 17). CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Bolado, G. N., Ayalew, T. L., Feleke, M. G., Haile, K. E., & Geta, T. (2023). Documentation practice and associated factors among nurses working in public hospitals in Wolaita Zone, Southern Ethiopia. *BMC Nursing*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01490-8>
- Bunare, M., Belay, F., & Tageza, T. (2023). *The practice of documentation at a pre-admission anesthesia clinic among anesthesia professionals for outpatient surgical patients Biomedical Review Biomedical Review*. 10(01), 4–12.

- Dewi, U. M. N., Swarjana, K. I., & Megayanti, D. S. (2022). Multiple Case Study: Burnout Dan Kepatuhan Dalam Pengisian Formulir Laporan Anestesi Pada Penata Anestesi Di RSUD Karangasem. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 6(2), 113–124.
- Efendy, A. N., & Gunawan, E. (2025). *Analysis of the Completeness and Effectiveness of Electronic Inpatient Medical Record at Bandung City Hospital*. 3(3), 393–400.
- Indrasari, N., Putriana, Y., & Group, T. M. (2025). *Dokumentasi Kebidanan (Tahta Medi)*. Tahta Media Group.
- Kemenkes RI. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. In *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022* (Vol. 151, Issue 2, pp. 1–19). [https://peraturan.bpk.go.id/Details/215091/pmk-no-24pmk022022#:~:text=-Dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia ini,dan pergeseran anggaran%2C dan penandaan anggaran dan pelaporan](https://peraturan.bpk.go.id/Details/215091/pmk-no-24pmk022022#:~:text=-Dalam%20Peraturan%20Menteri%20Keuangan%20Republik%20Indonesia%20ini,dan%20pergeseran%20anggaran%2C%20dan%20penandaan%20anggaran%20dan%20pelaporan.).
- Mumtaz, A., Zahid, R., Sherazi, R., Aslam, N., Shakoore, K., & Waris, W. Bin. (2025). *Improving Preoperative Care in Pakistan : An Evaluation of Pre-anesthetic Record Completeness and Documentation Practices*. 17(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.79761>
- Mutema, E., Haruzivish, C., & Mhlanga, M. (2024). Structural and Process Factors Influencing Documentation Practice in Private and Public Labour Wards of Parirenyatwa Maternity Hospital, Zimbabwe. *American Journal of Nursing Science*, 13(4), 86–97. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20241304.13>
- Ngozi, A. L., Dioso, R. I., & Anyebe, E. E. (2024). Factors Influencing Documentation in Nursing Care by Nurses at the Federal Medical Centre, Apir, Benue State, Nigeria. *Malaysian Journal of Nursing*, 16(2), 63–73. <https://doi.org/10.31674/mjn.2024.v16i02.007>
- Omole, O. B., Torlutter, M., Akii, A. J., Africa, S., & Omole, O. (2021). *Preanaesthetic assessment and management in the context of the district hospital*. 1–7.
- Putra, A. P., Millizia, A., & Akbar, M. K. (2022). Manajemen Anestesi Perioperatif. *GALENICAL : Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 1(2), 82. <https://doi.org/10.29103/jkkmm.v1i2.8098>
- Susilawati, E., Handayani, R. ., & Suryani, R. . (2024). Studi Kelengkapan Dokumentasi Pra Intra dan Pasca Anestesi di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang. *Madani : Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 2(9), 185–195.
- Valentina, & Melayu, S. M. (2020). *Gambaran ketidaklengkapan pengisian formulir laporan anestesi*. 5(2), 149–155.
- Zahid, M. A., Jauhar, S., Ali, P., Rehman, M. A., & Hasan, M. F. (2025). *Quality of pre-anesthesia assessment : a clinical audit in a tertiary care hospital in Pakistan*. 29(August), 260–267. <https://doi.org/10.35975/apic.v29i5.2849>