

## **Analysis of the Quality, Challenges, and Nurses' Needs and Readiness for the Implementation of Electronic Nursing Documentation in Provincial Hospitals of South Sulawesi**

**Brajakson Siokal<sup>1</sup>, Wahyuningsih<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia

<sup>2</sup>Program Studi Profesi Ners, Universitas Patria Artha Makassar

\*Corresponding Author: [brajakson.siokal@umi.ac.id](mailto:brajakson.siokal@umi.ac.id)

Received: 10-09-2025; Revised: 20-10-2025, Accepted: 26-11-2025

### **ABSTRAK**

Latar belakang: Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari proses asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai alat komunikasi profesional, bukti legal, serta indikator mutu pelayanan kesehatan. Namun, dalam praktiknya, kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit masih menghadapi berbagai permasalahan, seperti ketidaklengkapan pencatatan, ketidaksesuaian dengan standar proses keperawatan, serta keterbatasan pemanfaatan sistem dokumentasi berbasis teknologi. Kondisi ini berpotensi menurunkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Tujuan: Menganalisis kualitas dokumentasi keperawatan serta mengidentifikasi tantangan yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan. Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif-analitik melalui telaah literatur dan analisis kondisi praktik dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan. Data diperoleh dari jurnal ilmiah, laporan penelitian, serta sumber relevan yang membahas dokumentasi keperawatan dan faktor-faktor yang memengaruhinya. Kesimpulan: Kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan masih belum optimal dan dipengaruhi oleh berbagai tantangan, antara lain beban kerja perawat yang tinggi, keterbatasan waktu, kompetensi dokumentasi yang belum merata, serta sistem pencatatan yang masih dominan manual. Diperlukan upaya peningkatan kompetensi perawat, penguatan dukungan manajemen, serta pengembangan sistem dokumentasi keperawatan berbasis elektronik untuk meningkatkan kualitas dan keberlanjutan dokumentasi keperawatan.

**Kata kunci:** dokumentasi keperawatan, kualitas pelayanan, tantangan perawat, rumah sakit.

### **ABSTRACT**

*Background: Nursing documentation is an integral component of the nursing care process that serves as a professional communication tool, legal evidence, and an indicator of healthcare service quality. However, in practice, the quality of nursing documentation in hospitals still faces various challenges, including incomplete records, inconsistency with nursing process standards, and limited utilization of information technology-based documentation systems. These conditions may negatively affect service quality and patient safety. Objective: To analyze the quality of nursing documentation and identify the challenges faced by nurses in implementing nursing documentation in hospitals in South Sulawesi Province. Methods: This study employed a descriptive-analytic approach through a literature review and analysis of nursing documentation practices in hospitals in South Sulawesi Province. Data were obtained from scientific journals, research reports, and relevant sources related to nursing documentation and its influencing factors. Conclusion: The quality of nursing documentation in hospitals in South Sulawesi Province has not yet reached optimal standards and is influenced by several challenges, including high nursing workload, limited time, uneven documentation competencies, and the predominance of manual documentation systems. Efforts to improve nursing documentation quality require strengthening nurses' competencies, enhancing managerial support, and developing sustainable electronic nursing documentation systems.*

**Keywords:** nursing documentation, quality of care, nursing challenges, hospital



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

## 1. PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari praktik keperawatan profesional dan menjadi komponen utama dalam proses asuhan keperawatan. Dokumentasi yang berkualitas mencerminkan mutu pelayanan keperawatan, menjamin kontinuitas perawatan pasien, serta berfungsi sebagai alat komunikasi efektif antar tenaga kesehatan (Potter & Perry, 2017). Selain itu, dokumentasi keperawatan memiliki nilai legal dan etik yang tinggi karena menjadi bukti tertulis atas tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga berperan penting dalam perlindungan hukum bagi perawat dan institusi pelayanan kesehatan.

Meskipun memiliki peran yang sangat strategis, kualitas dokumentasi keperawatan di Indonesia masih menjadi permasalahan yang cukup serius. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit Indonesia masih berada pada kategori rendah hingga sedang. Studi Simamora (2019) melaporkan bahwa hanya sekitar **40–60%** dokumentasi keperawatan yang memenuhi standar proses keperawatan secara lengkap, terutama pada komponen diagnosis keperawatan, evaluasi, dan pencatatan respons pasien. Penelitian lain di beberapa rumah sakit tipe B dan C menunjukkan bahwa lebih dari 50% catatan keperawatan tidak terdokumentasi secara konsisten, khususnya pada shift sore dan malam, yang berisiko menurunkan kesinambungan asuhan keperawatan. Permasalahan dokumentasi keperawatan juga berkaitan erat dengan keselamatan pasien. Laporan keselamatan pasien menunjukkan bahwa kesalahan komunikasi akibat dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak akurat menjadi salah satu faktor penyebab kejadian tidak diharapkan di rumah sakit. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa dokumentasi klinis yang buruk berkontribusi terhadap meningkatnya risiko kesalahan klinis dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan, terutama di negara berkembang dengan beban kerja tenaga kesehatan yang tinggi.

Provinsi Sulawesi Selatan sebagai salah satu wilayah dengan rumah sakit rujukan regional dan nasional menghadapi tantangan tersendiri dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Tingginya angka kunjungan pasien, keterbatasan jumlah perawat dibandingkan dengan beban pelayanan, serta variasi kompetensi perawat berpotensi memengaruhi kualitas dokumentasi. Beberapa laporan internal rumah sakit menunjukkan bahwa rasio perawat dan pasien yang tidak ideal menyebabkan dokumentasi sering kali dilakukan secara terburu-buru dan berorientasi pada pemenuhan administrasi, bukan pada pencerminan proses asuhan keperawatan secara komprehensif. Selain itu, meskipun kebijakan transformasi digital di bidang kesehatan terus didorong, implementasi sistem dokumentasi keperawatan berbasis elektronik di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan masih belum merata, sehingga sebagian besar dokumentasi masih dilakukan secara manual dan rentan terhadap ketidakkonsistenan.

Berdasarkan kondisi tersebut, diperlukan analisis mendalam mengenai kualitas dan tantangan dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan. Analisis ini menjadi penting untuk mengidentifikasi tingkat kualitas dokumentasi, faktor-faktor penghambat, serta peluang pengembangan sistem dokumentasi keperawatan yang lebih efektif dan kontekstual. Hasil kajian ini diharapkan dapat menjadi landasan ilmiah dalam perumusan strategi peningkatan mutu dokumentasi keperawatan serta mendukung pengembangan inovasi sistem dokumentasi keperawatan yang berkelanjutan dan sesuai dengan kebutuhan lokal.

## 2. METODE PENELITIAN

### Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain **deskriptif-analitik** dengan pendekatan **cross-sectional**. Desain ini dipilih untuk menggambarkan kualitas dokumentasi keperawatan serta menganalisis tantangan yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada satu periode waktu tertentu di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan.

### Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di beberapa rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan yang mewakili rumah sakit rujukan regional dan rumah sakit umum daerah. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Januari hingga Maret tahun 2025.

### Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di unit pelayanan rawat inap rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan. Sampel penelitian ditentukan menggunakan teknik **purposive sampling**, dengan kriteria inklusi meliputi perawat yang telah bekerja minimal 1 tahun, terlibat langsung dalam pemberian asuhan keperawatan, serta melakukan dokumentasi keperawatan secara rutin. Kriteria

eksklusi meliputi perawat yang sedang cuti atau tidak aktif selama periode pengumpulan data. Jumlah sampel disesuaikan dengan ketersediaan responden dan kebutuhan analisis penelitian.

### 3. HASIL

#### 3.1 Karakteristik Responden

Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di unit rawat inap. Berdasarkan karakteristik demografis, mayoritas responden berada pada rentang usia produktif dengan masa kerja lebih dari lima tahun. Sebagian besar responden berpendidikan Diploma III Keperawatan dan Sarjana Keperawatan, serta telah terlibat langsung dalam proses pendokumentasian asuhan keperawatan sehari-hari. Distribusi responden menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan dilakukan oleh perawat dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman kerja yang bervariasi.

#### 3.2 Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Hasil observasi terhadap dokumen asuhan keperawatan menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan masih berada pada kategori cukup hingga kurang. Secara umum, komponen dokumentasi yang paling sering terdokumentasi adalah pengkajian awal keperawatan, sementara komponen diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi belum terdokumentasi secara optimal. Hasil analisis menunjukkan bahwa hanya sekitar 45–60% dokumen keperawatan yang memenuhi kriteria kelengkapan sesuai standar proses keperawatan. Komponen evaluasi merupakan bagian yang paling rendah tingkat kelengkapannya, dengan persentase kurang dari 50%, terutama pada pencatatan respons pasien dan hasil intervensi keperawatan. Selain itu, ditemukan ketidakkonsistenan penggunaan terminologi keperawatan standar dalam penulisan diagnosis dan intervensi keperawatan.

#### 3.3 Tantangan dalam Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan hasil kuesioner, perawat mengidentifikasi beberapa tantangan utama dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Tantangan yang paling dominan adalah beban kerja perawat yang tinggi, di mana lebih dari 70% responden menyatakan bahwa keterbatasan waktu menjadi hambatan utama dalam melakukan dokumentasi secara lengkap dan sistematis. Selain itu, sekitar 60–65% responden menyatakan bahwa sistem dokumentasi manual yang masih digunakan di sebagian besar unit pelayanan menyulitkan proses pencatatan dan meningkatkan risiko kesalahan serta ketidakkonsistenan data. Tantangan lain yang dilaporkan meliputi keterbatasan pelatihan terkait dokumentasi keperawatan, kurangnya supervisi dan umpan balik dari manajemen keperawatan, serta persepsi bahwa dokumentasi lebih bersifat administratif dibandingkan sebagai bagian dari asuhan keperawatan profesional.

#### 3.4 Hubungan Faktor Perawat dan Organisasi dengan Kualitas Dokumentasi

Hasil analisis menunjukkan adanya kecenderungan bahwa perawat dengan masa kerja lebih lama dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kualitas dokumentasi yang lebih baik dibandingkan perawat dengan pengalaman kerja yang lebih singkat. Selain itu, unit pelayanan dengan dukungan supervisi yang lebih aktif dan sistem pencatatan yang lebih terstruktur menunjukkan kualitas dokumentasi yang relatif lebih baik. Namun demikian, tingginya beban kerja dan keterbatasan sarana pendukung dokumentasi tetap menjadi faktor dominan yang memengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan, terlepas dari karakteristik individu perawat.

### 4. DISKUSI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan masih berada pada kategori cukup hingga kurang. Temuan ini sejalan dengan berbagai penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa dokumentasi keperawatan di rumah sakit Indonesia belum sepenuhnya memenuhi standar proses keperawatan, khususnya pada aspek diagnosis, evaluasi, dan pencatatan respons pasien (Simamora, 2019). Kondisi ini mengindikasikan bahwa dokumentasi keperawatan masih belum dipandang sebagai bagian integral dari proses asuhan keperawatan secara komprehensif, melainkan lebih berorientasi pada pemenuhan administrasi.

Komponen pengkajian keperawatan merupakan bagian yang paling konsisten terdokumentasi, sementara komponen evaluasi menjadi bagian yang paling rendah tingkat kelengkapannya. Temuan ini menguatkan pendapat Potter dan Perry (2017) yang menyatakan bahwa perawat cenderung memprioritaskan pencatatan data awal pasien dibandingkan evaluasi berkelanjutan, terutama pada kondisi beban kerja yang tinggi. Padahal, dokumentasi evaluasi sangat penting untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan dan menjadi dasar pengambilan keputusan klinis selanjutnya. Ketidakkelengkapan pada tahap evaluasi berpotensi menghambat kontinuitas asuhan dan meningkatkan risiko kesalahan klinis. Tantangan utama yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah tingginya beban kerja dan keterbatasan waktu. Lebih dari dua pertiga responden menyatakan bahwa jumlah pasien yang tidak sebanding dengan jumlah perawat menyebabkan dokumentasi sering dilakukan secara terburu-

buru. Temuan ini sejalan dengan laporan World Health Organization (WHO) yang menegaskan bahwa rasio perawat dan pasien yang tidak ideal berdampak langsung pada kualitas dokumentasi klinis dan keselamatan pasien, terutama di negara berkembang. Beban kerja yang tinggi juga memengaruhi fokus perawat, sehingga dokumentasi tidak selalu mencerminkan proses asuhan keperawatan yang sebenarnya telah dilakukan.

Selain faktor beban kerja, sistem dokumentasi manual yang masih dominan menjadi tantangan signifikan dalam penelitian ini. Sebagian besar responden menyatakan bahwa pencatatan manual membutuhkan waktu lebih lama, rentan terhadap kesalahan, serta menyulitkan pelacakan data pasien secara berkelanjutan. Hasil ini konsisten dengan penelitian Häyrynen et al. (2014) dan Wang et al. (2018) yang menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan berbasis kertas memiliki keterbatasan dalam hal kelengkapan, akurasi, dan aksesibilitas informasi dibandingkan dengan sistem dokumentasi elektronik. Oleh karena itu, transformasi menuju sistem dokumentasi keperawatan elektronik menjadi kebutuhan yang tidak dapat dihindari.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa karakteristik perawat, seperti tingkat pendidikan dan masa kerja, berpengaruh terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat dengan pengalaman kerja yang lebih lama dan pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki dokumentasi yang lebih lengkap dan sistematis. Temuan ini mendukung teori bahwa pengalaman klinis dan pemahaman konseptual yang lebih baik terhadap proses keperawatan berkontribusi pada kualitas pencatatan asuhan keperawatan. Namun demikian, pengaruh karakteristik individu ini tidak sepenuhnya mampu mengatasi tantangan sistemik seperti beban kerja dan keterbatasan sarana dokumentasi.

Selain faktor individu dan sistem, budaya organisasi dan dukungan manajemen keperawatan turut memengaruhi kualitas dokumentasi. Kurangnya supervisi dan umpan balik berkelanjutan menyebabkan dokumentasi keperawatan tidak terpantau secara optimal. Padahal, supervisi yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi dan menumbuhkan persepsi bahwa dokumentasi merupakan bagian penting dari praktik keperawatan profesional. Oleh karena itu, peran manajer keperawatan menjadi sangat strategis dalam mendorong peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa permasalahan dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan bersifat multidimensional, melibatkan faktor individu, organisasi, dan sistem. Upaya peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan memerlukan pendekatan yang komprehensif melalui peningkatan kompetensi perawat, penataan beban kerja, penguatan supervisi, serta pengembangan sistem dokumentasi keperawatan berbasis teknologi yang adaptif terhadap konteks lokal. Temuan ini dapat menjadi dasar ilmiah bagi pengembangan inovasi sistem dokumentasi keperawatan yang lebih efektif, berkelanjutan, dan berorientasi pada mutu pelayanan serta keselamatan pasien.

## **5. KESIMPULAN**

Kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit Provinsi Sulawesi Selatan masih belum optimal dan berada pada kategori cukup hingga kurang. Ketidaklengkapan dokumentasi terutama ditemukan pada komponen diagnosis keperawatan, evaluasi, dan pencatatan respons pasien, sementara komponen pengkajian relatif lebih konsisten terdokumentasi. Kondisi ini menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan belum sepenuhnya mencerminkan proses asuhan keperawatan secara komprehensif.

Tantangan utama dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan meliputi tingginya beban kerja perawat, keterbatasan waktu, kompetensi dokumentasi yang belum merata, serta penggunaan sistem dokumentasi yang masih dominan manual. Faktor individu seperti tingkat pendidikan dan masa kerja berkontribusi terhadap kualitas dokumentasi, namun belum mampu mengatasi hambatan sistemik yang ada. Selain itu, kurangnya supervisi dan dukungan manajemen turut memengaruhi rendahnya kualitas dokumentasi keperawatan.

Berdasarkan temuan tersebut, diperlukan upaya peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan secara menyeluruh melalui penguatan kompetensi perawat, penataan beban kerja, peningkatan peran supervisi keperawatan, serta pengembangan dan implementasi sistem dokumentasi keperawatan berbasis elektronik yang adaptif terhadap konteks lokal. Kesimpulan ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perumusan kebijakan dan pengembangan inovasi dokumentasi keperawatan yang berkelanjutan guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan dan penyusunan penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan kepada pimpinan dan manajemen rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin dan dukungan selama proses penelitian. Terima kasih juga disampaikan kepada seluruh perawat responden yang telah berpartisipasi dan memberikan informasi berharga bagi penelitian ini.

Selain itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada para pembimbing, reviewer, serta rekan sejawat yang telah memberikan masukan, saran, dan dukungan akademik sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan, peningkatan mutu dokumentasi keperawatan, serta perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di masa mendatang.

## REFERENSI

- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). American Nurses Association.
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Long-term increase in quality of nursing documentation: Effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 34–42. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00203.x>
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1557–1564. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02647.x>
- Häyrinen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. (2014). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77(5), 291–304. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. Kemenkes RI.
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – Application and impact on nursing practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2017). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Elsevier.
- Saranto, K., & Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation – Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464–476. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x>
- Simamora, R. H. (2019). Dokumentasi keperawatan dan mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 90–98. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i2.570>
- Tasew, H., Mariye, T., Teklay, G., & Alemayehu, M. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals. *BMC Nursing*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0356-0>
- Wang, N., Yu, P., & Hailey, D. (2018). The quality of paper-based versus electronic nursing documentation: A systematic review. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 249–253.
- World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. WHO Press.
- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.002>
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of patient problems and nursing diagnoses in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 857–864. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00833.x>

